

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do
Enfermeiro Especialista

Raquel Sofia Gomes da Cunha

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do
Enfermeiro Especialista

Raquel Sofia Gomes da Cunha

Orientador: Prof^a Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Professora Doutora Maria da Graça Vinagre, por todo o apoio e orientação durante todo o meu percurso.

Ao meu companheiro Paulo e à minha mãe pelo apoio e pela compreensão pelos dias ausentes.

Ao meu pai, que infelizmente já não pode assistir a este meu percurso, mas que me proporcionou uma infância feliz e saudável e me transmitiu conselhos essenciais ao meu desenvolvimento como pessoa e como profissional, e que me serviram de alento e força nas fases mais difíceis deste percurso. Sei que se cá estivesse estaria orgulhoso.

A toda a equipa de enfermagem com quem trabalhei diariamente, pelo suporte e disponibilidade que me deram na organização do horário, e pelo envolvimento que tiveram no projeto.

A todas as orientadoras e enfermeiros dos locais de estágio, pelo acolhimento e por partilharam comigo os seus saberes e as suas experiências.

A todos os colegas da turma do 8º Curso de Mestrado, com quem partilhei o cansaço e o desespero ao longo deste percurso académico, e os quais me deram força para seguir em frente.

Às funcionárias da biblioteca pela disponibilidade e ajuda nas pesquisas e orientações que me foram dando.

A todos o meu Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CCF - Cuidados Centrados na Família

CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EEESIP–Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMOG - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ELI - Equipa Local de Intervenção

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IAC - Instituto de Apoio à Criança

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SIP - Serviço de Internamento de Pediatria

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP - Serviço de Urgência de Pediatria

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCERN - Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), é essencial existirem sistemas de saúde “fortes” para que as crianças tenham um crescimento e um desenvolvimento saudável. O primeiro ano de vida é o período onde acontecem as principais mudanças físicas e psicológicas, permitindo ao latente adquirir competências motoras, perceptivas e cognitivas essenciais para responder ao ambiente que o rodeia (Wilson, 2014; Papalia, Olds & Feldman, 2001). A promoção do desenvolvimento da criança é essencial na redução da mortalidade infantil (Alexandre, Labronico, Maftum & Mazza, 2012) e os enfermeiros assumem um papel essencial na capacitação dos pais para estimularem o desenvolvimento do seu filho. Considerando a promoção do desenvolvimento infantil relevante para a qualidade de vida das crianças, após a identificação de algumas necessidades ou dificuldades dos enfermeiros e dos pais no meu contexto de trabalho, bem como a realização do autodiagnóstico de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, onde foi reconhecida a necessidade de desenvolver competências na área da promoção do desenvolvimento infantil, foram definidos como objetivos gerais: desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem para prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento em diferentes contextos de prática e desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil.

A metodologia utilizada foi uma análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas, sustentada na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, relevando a Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. As intervenções que mais se destacaram na promoção do desenvolvimento no primeiro ano de vida, particularmente nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil foram a promoção da vinculação, o incentivo à amamentação, o desenvolvimento de um trabalho de parceria com os pais ou outros cuidadores, a avaliação do desenvolvimento e os cuidados antecipatórios.

Palavras-Chave: Promoção do desenvolvimento infantil; Criança; Primeiro ano de vida; Intervenções do Enfermeiro.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO, 2014), “strong” health systems are essential for children to have healthy growth and development. The first year of life is the period in which major physical and psychological changes occur, such as brain development, allowing the latent to acquire motor, perceptual and cognitive skills essential to respond to the surrounding environment (Wilson, 2014; Papalia, Olds & Feldman, 2001). The promotion of child development is essential to reduce infant mortality (Alexandre, Labronico, Maftum & Mazza, 2012), and nurses play an essential role in enabling parents to stimulate child development. Considering the promotion of child development relevant to children's quality of life, after identifying some needs or difficulties of nurses and parents in my work context, in the performing the self-diagnosis of skills of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, where it was recognized the need to develop skills in the area of child development promotion, were defined as goals: develop common and specific competencies of Nursing Specialist in Child and Youth Health Nursing to provide care to the child, youth and family at various stages of development in different contexts of practice and to develop specific skills in the area of promotion of child development.

The methodology used was a critical analysis and reflection of the activities and skills developed, based on the philosophy of Family Centered Care, emphasizing the Partnership Model of Pediatric Nursing and Health Promotion Model of Nola Pender. The most important interventions to promote development in the first year of life, particularly in the Development Surveillance Visits were the promotion of attachment, the partnership, the encouragement of breastfeeding, the development of partnership work with parents or others caregivers people, the child development assessment and the anticipatory guidance.

Key Words: Promotion of child development; Child; First year of life; Interventions of the Nurse.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
1.1. DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O PRIMEIRO ANO DE VIDA	15
1.2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	19
1.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA.....	23
2. METODOLOGIA.....	29
2.1. OS CONTEXTOS DE ESTÁGIO: CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DAS ESCOLHAS	29
2.2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	30
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO: DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA	33
3.1. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	33
3.1.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem para prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento em diferentes contextos de prática	34
3.1.2. Desenvolvimento de competências específicas na área da Promoção do Desenvolvimento Infantil.....	47
3.1.3. Promoção do desenvolvimento infantil nos Cuidados de Saúde Primários	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	

ANEXO I DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

APÊNDICES

APÊNDICE I QUADRO 1. CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS

APÊNDICE II PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES, RECURSOS E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER ATENDENDO AOS OBJETIVOS

APÊNDICE III BREVE REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO EM SERVIÇO “POSICIONAMENTOS DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO – IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO”

APÊNDICE IV INSTRUÇÃO DE TRABALHO: CONTINUIDADE DE CUIDADOS DO HOSPITAL PARA A COMUNIDADE

APÊNDICE V GUIÃO ORIENTADOR DA REUNIÃO COM A ENFERMEIRA COORDENADORA DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

APÊNDICE VI REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL AO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

APÊNDICE VII PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS À CRIANÇA E AO JOVEM E FAMÍLIA

APÊNDICE VIII PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA “UM OLHAR REFLEXIVO”

APÊNDICE IX SESSÃO DE FORMAÇÃO: APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS E DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

APÊNDICE X GUIÃO ORIENTADOR DA REUNIÃO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE XI PLANO DE SESSÃO: PROMOÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

APÊNDICE XII SESSÃO DE FORMAÇÃO: PROMOÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

APÊNDICE XIII CAIXA CONSTRUÍDA COM O MATERIAL PARA A APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

APÊNDICE XIV PROCEDIMENTO DE TRABALHO: REGISTOS DE ENFERMAGEM – CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA

APÊNDICE XV FOLHETO INFORMATIVO: ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

APÊNDICE XVI PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE/ ANEXOS AOS PEDIDOS

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A sua finalidade é apresentar, através de uma análise crítica e reflexiva, o percurso formativo percorrido, centrado no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas de Enfermeiro Especialista (EE), específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e de grau de mestre, adquiridas e desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

O **desenvolvimento infantil** é marcado pela “aquisição de competências e capacidades que acontece ao longo da vida” (Cabral & Figueiredo, 2006, p.14) envolvendo várias dimensões, como o desenvolvimento físico, psicomotor, neurológico, social, emocional e cognitivo da criança (Irwin, Siddiki & Clyde, 2007). Existe um conjunto de fatores que influenciam o desenvolvimento infantil, desde fatores hereditários aos de ordem psicológica, biológica, ambiental e social (Papalia & Martorell, 2015), sendo que um outro fator que o influencia é a qualidade dos cuidados prestados à criança, ao jovem e à sua família (Brazelton & Greenspan, 2009). Considera-se, que só existem cuidados de qualidade, se os enfermeiros estiverem munidos de um conhecimento especializado e se prestarem cuidados em parceria, que ajudarão os pais ou outros cuidadores a desenvolverem comportamentos e competências parentais promotoras do desenvolvimento infantil (Serapioni, 2005; Ordem dos Enfermeiros, OE, 2010a). O enfermeiro é entendido como um importante veículo de promoção da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014), e o EEESIP atua particularmente na “avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p.19192).

Sou enfermeira generalista há nove anos e desempenho funções há dois anos em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde constatei que a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ) carecia de organização que garantisse a vigilância adequada às necessidades da criança, do jovem e sua família, tal como preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)

(Direção-Geral da Saúde, DGS, 2013). A **promoção do desenvolvimento infantil** é uma das prioridades do atual modelo de saúde e o PNSIJ preconiza várias linhas-mestras, tais como as idades-chave em que se deve realizar a CVSIJ, com enfoque no acolhimento, na avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da relação familiar, bem como nos cuidados antecipatórios e no cumprimento da imunização preconizada (DGS, 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), é essencial existirem sistemas de saúde “fortes” para que as crianças e os jovens sejam saudáveis ao longo de toda a vida. A promoção do desenvolvimento da criança é essencial na redução da mortalidade infantil (Alexandre, Labronico, Maftum & Mazza, 2012).

Numa breve abordagem, os enfermeiros da UCSP onde exerci funções referiram dificuldades em valorizar e mobilizar os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, e durante as CVSIJ's os pais mencionaram que as suas dificuldades e dúvidas no cuidado ao seu filho, não eram, na maioria, clarificadas e conseqüentemente as necessidades das crianças não estavam a ser satisfeitas adequadamente. A falta de tempo, a carência de recursos humanos, a falta de formação e de motivação, relacionada com fatores da prática diária, causaram insegurança nos enfermeiros, conduzindo-os a práticas centradas na monitorização dos parâmetros antropométricos e na verificação do esquema de vacinação, ficando um pouco esquecido o incentivo às atividades promotoras do desenvolvimento infantil, bem como à utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento, que permitiriam a identificação precoce de alterações do mesmo. Atualmente sabe-se que a promoção do desenvolvimento infantil é mais do que vacinar, pesar e medir, sendo fundamental uma observação holística da criança, do jovem e da sua família (Brazelton, 2013). Neste contexto, é fundamental a implementação de intervenções adequadas e baseadas na evidência científica, que contribuam para a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança, bem como para a prevenção e deteção precoce de doenças e alterações do desenvolvimento.

Considerando a promoção do desenvolvimento infantil relevante para a qualidade de vida das crianças, após a identificação de algumas necessidades ou dificuldades dos enfermeiros e dos pais, bem como a realização do autodiagnóstico de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e

do Jovem (EEESCJ), onde foi reconhecida a necessidade de desenvolver competências na área da promoção do desenvolvimento infantil, surge o projeto de estágio intitulado “**Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista**”, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados, a satisfação das crianças e suas famílias, contribuindo, essencialmente, para a promoção do desenvolvimento infantil. Foram definidos os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ para prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento em diferentes contextos de prática e desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil. **O primeiro ano de vida** é o período onde acontecem as principais mudanças físicas e psicológicas e em que os latentes adquirem competências essenciais para responder ao ambiente que os rodeia (Wilson, 2014). Nos primeiros meses de vida ocorre grande parte do desenvolvimento do cérebro, o que permite à criança adquirir competências motoras, perceptivas e cognitivas (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Dada a abrangência do tema, optou-se pela abordagem do desenvolvimento durante o primeiro ano de vida, por ser considerado o período de desenvolvimento mais importante do ciclo vital.

Este relatório será estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo destina-se ao enquadramento conceptual que define conceitos chave como o desenvolvimento infantil, a promoção do desenvolvimento, bem como as intervenções promotoras do mesmo. Apresenta-se também o quadro conceptual de referência, abordando os Cuidados Centrados na Família (CCF), a Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria, a Vinculação e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Optou-se por este modelo teórico dado que permite compreender os comportamentos promotores de saúde, partindo da identificação dos fatores que o influenciam (Pender et al., 2014). O segundo capítulo inclui a metodologia, onde será apresentada a contextualização e justificação das escolhas dos locais de estágio, os objetivos gerais e específicos, e as atividades e competências desenvolvidas em estágio. O terceiro capítulo consta de uma análise crítica e reflexiva do meu percurso de desenvolvimento e de transformação de Enfermeira Generalista a EE. Conclui-se com algumas considerações finais sobre os contributos para a prática de enfermagem e perspetivam-se projetos futuros.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo pretende justificar, clarificar e fundamentar a temática estudada, através da definição dos principais conceitos e filosofia dos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como da apresentação do modelo teórico que norteou e sustentou a prática de cuidados de enfermagem neste meu percurso.

1.1. Desenvolvimento infantil: o primeiro ano de vida

O **desenvolvimento infantil** é marcado pela “aquisição de competências e capacidades que acontece ao longo da vida”, permitindo à criança realizar novas tarefas adequadas à sua idade (Cabral & Figueiredo, 2006, p.14). O desenvolvimento dessas capacidades e competências é influenciado por diversos **fatores**, desde fatores hereditários (herança genética que recebem dos pais) aos de ordem psicológica, biológica (prematuridade e baixo peso à nascença), ambiental (etnia, cultura e nível socioeconómico) e social (Papalia & Martorell, 2015).

Numa *perspetiva ecológica*, o desenvolvimento infantil é influenciado por múltiplos fatores de ordem ambiental, e desta forma é necessário conhecer os sistemas ecológicos para compreender o desenvolvimento infantil, ou seja, os contextos em que o latente está inserido e como interagem, e não apenas analisar os sistemas individualmente, pois uma alteração num dos sistemas pode ter influência em todas as dimensões do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1986). Esta abordagem, segundo Bronfenbrenner integra vários níveis ou sistemas: o *microssistema* que inclui elementos que afetam diretamente a criança, como a família (próprio lar) e a escola; o *mesossistema* que se refere às interações que existem entre os microssistema, ou seja às interações entre os diferentes ambientes que a criança está inserida (envolvimento dos pais na vida escolar); o *exossistema* que abrange elementos que influenciam indiretamente a criança, como por exemplo o local de trabalho dos pais e o *macrossistema* que abrange os valores e as políticas (Bronfenbrenner, 1986).

O desenvolvimento pode também ter influências *normativas* ou *não normativas*. As influências *normativas* referem-se aos acontecimentos semelhantes que ocorrem num grupo de pessoas, como por exemplo acontecimentos biológicos (puberdade),

sociais (entrada no infantário) ou culturais (o papel da mulher na etnia cigana). As influências *não normativas* referem-se a acontecimentos que têm impacto na vida da pessoa e podem ser acontecimentos típicos, como por exemplo a morte da mãe ou atípicos, como por exemplo um acidente de automóvel (Papalia & Martorell, 2015).

Outros fatores que influenciam o desenvolvimento infantil são os **períodos críticos**, que se caracterizam por serem períodos de tempo que têm impacto no desenvolvimento da criança, por exemplo o primeiro ano de vida é considerado um período crítico para o latente, no que se refere ao desenvolvimento do cérebro, pois se durante este período as necessidades nutricionais do latente não forem adequadamente satisfeitas, poderão ocorrer lesões cerebrais que conduzem a alterações no seu desenvolvimento (Papalia et al., 2001). Outras necessidades essenciais ao desenvolvimento normativo dos latentes, são o afeto, a proximidade e a atenção, ou seja, “laços de vinculação fortes”, uma vez que a ausência de vinculação pais-filho, bem como a ausência de estímulos ou atividades promotoras do desenvolvimento, podem ter consequências ao nível psicológico, emocional e social, com repercussões no comportamento futuro da criança (Papalia et al., 2001).

O desenvolvimento da criança é um processo complexo e para uma melhor compreensão, é frequentemente analisado nas suas diferentes dimensões. O *desenvolvimento físico* que abrange o crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais e as competências motoras; o *desenvolvimento cognitivo* que diz respeito às aprendizagens, à memória, ao pensamento, ao raciocínio e à criatividade; e o *desenvolvimento psicossocial* que compreende a construção da personalidade e a relação com os outros (Papalia, et al., 2001).

O **primeiro ano de vida** é considerado, por muitos autores, o primeiro estágio do desenvolvimento humano referindo-se ao período em que o latente passa de um neonato, dependente do mundo, a um bebé que interage e começa a explorar o ambiente (Cabral & Figueiredo, 2006). Relativamente ao *desenvolvimento cognitivo*, o latente já é capaz de realizar operações mentais, reagindo a estímulos do ambiente que o rodeia e desenvolvendo capacidades sociais e de compreensão da permanência do objeto, do espaço, do tempo e da causalidade (Piaget & Inhelder, 1979). Numa *perspetiva cognitivista*, esta inteligência sensório-motora surge no período entre o nascimento e os dezoito meses de idade, designado como o período

sensorio-motor (Piaget & Inhelder, 1979). O latente até ao primeiro mês de vida aprende a controlar os seus reflexos inatos, por exemplo o sugar o mamilo ou a tetina, mesmo quando não tem fome; até aos 4 meses aprende a repetir gestos ou ações que lhe provoca sensações agradáveis, por exemplo o sugar no polegar; e entre os 4 e os 8 meses desenvolve-se a coordenação entre a visão e a apreensão, o latente aprende a manipular os objetos e a descobrir as suas potencialidades como por exemplo sacudir um chocalho para ouvir o barulho (Piaget & Inhelder, 1979). Os doze meses marcam o início do comportamento intencional, o latente aprende a partir de experiências anteriores a resolver novos problemas, a título de exemplo gatinhar para alcançar o que quer (Piaget & Inhelder, 1979).

Numa *perspetiva psicanalítica*, segundo Erikson (1976), as primeiras experiências do latente são essenciais na construção da sua personalidade. Das oito “idades” ou fases do desenvolvimento humano propostos pelo autor, a primeira desde o nascimento até aproximadamente os 18 meses de idade é considerada a primeira “crise”, definida em torno do conflito entre a “confiança básica versus desconfiança básica”, cuja resolução se traduz no equilíbrio entre a confiança e a desconfiança, onde a satisfação das necessidades do latente é a tarefa central (Erikson, 1976). Assim, para que o latente atinja esse equilíbrio é necessário existir um contacto sensível, responsivo e consciente com o cuidador, por exemplo a qualidade da relação materna deve basear-se num comportamento uniforme e contínuo, em que a mãe deve responder sempre ao latente quando ele tem fome (Erikson, 1976).

A OE (2010a, p. 101) acrescenta que o desenvolvimento infantil é um “processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta” e assenta nas seguintes necessidades básicas: amamentação ou alimentação diversificada, imunização, higiene e vestuário, sono e repouso, brincar, disciplina, segurança, afetos e sexualidade. Se essas necessidades básicas não forem satisfeitas poderão ocorrer alterações no desenvolvimento da criança (Cabral & Figueiredo, 2006), pelo que o latente depende dos adultos para satisfazer as suas necessidades básicas e desenvolver-se, utilizando, por exemplo, o chorar e o sorrir como meio de comunicação para obter uma resposta adequada dos seus pais às suas necessidades (Papalia et al., 2001). Desta forma, quando o latente

percebe que a sua manifestação, como o chorar ou o gritar traz ajuda e conforto, o seu sentimento de controlo sobre o mundo aumenta, tornando-se mais capaz de regular os seus estados de excitação (Papalia et al., 2001).

Segundo os autores John Bowlby e Mary Ainsworth citados por Bee e Boyd (2011) a vinculação é definida como a propensão dos indivíduos para estabelecerem “fortes laços afetivos” com figuras privilegiadas. Estes autores distinguem ainda os seguintes conceitos: o *vínculo afetivo*, que consiste num “forte laço afetivo” que liga o latente a uma ou mais pessoas significativas; o *apego*, que envolve um elemento de segurança e uma base segura, por exemplo o relacionamento do latente com a mãe; os *comportamentos de vinculação*, como o chupar, o agarrar, o sorrir, o chorar e o seguir que permitem ao latente estabelecer uma relação com a figura de vinculação (Bee & Boyd, 2011).

A situação laboratorial mais utilizada para estudar os padrões de vinculação entre o latente e a mãe foi criada por Mary Ainsworth, com a designação de *situação estranha*, a qual consiste numa série de episódios em que o comportamento do latente é observado na presença da sua mãe, de um estranho ou na presença dos dois (Bee & Boyd, 2011). Desta observação de Ainsworth foram definidos três tipos de vinculação: a *vinculação segura*, que consiste num relacionamento no qual o latente vê a mãe como uma base segura, ficando consolado com a sua presença, após uma separação ou alguma situação de medo; a *vinculação insegura evitante*, em que o latente raramente chora quando a mãe se ausenta ignorando-a quando ela regressa, explora pouco o ambiente (mesmo na presença da mãe) e não gosta de ser pegado ao colo ou de ser pousado; e a *vinculação insegura ambivalente*, em que os latentes ficam ansiosos mesmo antes de a mãe se ausentar e muito irritados quando ela se ausenta, na presença da mãe os latentes demonstram uma ambivalência procurando o contacto da mãe ao mesmo tempo que a agredem, os latentes exploram pouco o ambiente e são difíceis de consolar (Papalia et al., 2001). Os latentes com uma vinculação segura apresentam um nível de competência social, afetiva e cognitiva mais desenvolvida em relação aos latentes com relações de vinculação insegura (Veríssimo, Fernandes, Santos, Peceguina, Vaughn & Bost, 2011).

Num estudo em que se analisa o modo como o latente utiliza os pais como base segura e a preferência dele em relação à mãe ou ao pai, não foram encontradas

diferenças significativas (Monteiro, Veríssimo, Vaughn, Santos & Fernandes, 2008). Assim, o latente utiliza ambos os pais como base segura, embora os estilos de interação possam ser um pouco diferentes, pois a mãe passa mais tempo a prestar cuidados básicos ao seu filho, como a higiene e a alimentação, enquanto o pai passa mais tempo a brincar com o seu filho (Monteiro et al., 2008).

1.2. O Enfermeiro Especialista como promotor do desenvolvimento infantil

A **promoção do desenvolvimento infantil** é uma das prioridades do modelo atual de saúde, sendo que o PNSIJ preconiza várias linhas-mestras, tais como as idades-chave em que se devem realizar as CVSIJ, com enfoque no acolhimento, na avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da relação familiar, bem como nos cuidados antecipatórios e no cumprimento da imunização preconizada (DGS, 2013). Certamente que nenhum profissional de saúde tem tempo para fazer, em apenas uma CVSIJ, todas as intervenções que o PNSIJ preconiza, por isso o enfermeiro deve-se centrar nas necessidades da criança e da família, bem como seguir as orientações que o PNSIJ apresenta para cada grupo etário.

Os cuidados promotores do desenvolvimento infantil durante muito tempo foram limitados à imunização, à educação em saúde e à promoção da amamentação, raramente abordando o relacionamento parental (Mao et al., 2018). De facto, a **promoção da amamentação** é um assunto essencial durante a CVSIJ, em que o enfermeiro deve reforçar os benefícios da amamentação e esclarecer as dúvidas dos pais (American Academy of Pediatrics, 2017b). A avaliação do **cumprimento da imunização** também é um dos focos do PNSIJ (DGS, 2013) e é um elemento-chave dos cuidados preventivos, sendo a vacinação um assunto importante para os enfermeiros debaterem com os pais (American Academy of Pediatrics, 2017a).

Atualmente sabe-se que a promoção do desenvolvimento infantil é muito mais do que vacinar, pesar e medir, sendo fundamental uma observação mais holística e uma visão integrada da criança e sua família (Brazelton, 2013). Durante a CVSIJ, o enfermeiro deve avaliar a aquisição das capacidades ou das competências da criança aos vários níveis do desenvolvimento infantil, investigar e documentar aspetos importantes da história da gravidez, incluindo possíveis exposições a substâncias tóxicas (por exemplo, álcool e drogas) e sobre as relações familiares, bem como

reiterar mensagens sobre comportamentos saudáveis, percebendo as crenças de saúde da família (American Academy of Pediatrics, 2017b).

O EEESCJ “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2010b, p.1). A **filosofia dos CCF** surge como um novo modelo de cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e tem como princípios, a dignidade, o respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2016). Os CCF são definidos como cuidados que respeitam os valores, as crenças e a cultura das famílias, incluindo-as no plano de cuidados de saúde da criança e do jovem e partilhando com elas as informações necessárias para que possam tomar decisões conscientes e seguras (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2016). Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde mais próximos das crianças, dos jovens e das suas famílias, são essencialmente eles que facultam os conhecimentos e as estratégias necessárias às famílias, para que estas adquiram competências para satisfazer as necessidades das suas crianças e jovens (Hockenberry & Barrera, 2014). A parceria dos cuidados surge também como um conceito fundamental dos CCF, uma vez que a forte relação entre o profissional de saúde e a família são fundamentais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2016)

A *parceria de cuidados* implica que a família assuma o cuidado à criança e ao jovem permitindo o seu desenvolvimento e o seu bem-estar (Mano, 2002) e envolve uma relação de cooperação no cuidado, através de uma comunicação construtiva e eficaz entre a criança, o jovem e a família e o enfermeiro (Kenyon & Barnett, 2001). Os enfermeiros devem assim trabalhar em colaboração com a criança, o jovem e a sua família, num processo de abertura e flexibilidade, capacitando-os com conhecimentos e experiências para cuidarem de si mesmos e gerirem os seus sentimentos e as suas transições de vida (Meleis, 2018). A função da família é assumir o cuidado à criança e ao jovem, e a do enfermeiro é educar, apoiar e, se necessário, encaminhar a família para outros profissionais de saúde (Casey, 1988 citado por Shields, 2002). O enfermeiro é assim entendido como veículo promotor de saúde (Pender et al., 2014) e tem um papel fundamental na promoção do desenvolvimento infantil educando e aconselhando os pais (OE, 2010a), uma vez que a criança é um

ser humano em desenvolvimento ao nível físico, emocional, social, intelectual e espiritual, com necessidades específicas como a proteção e o carinho (Casey, 1988 citado por Lee, 1998). Os enfermeiros avaliam a estrutura familiar e planeiam os cuidados em conjunto com a criança ou o jovem e a sua família, consoante as suas necessidades (OE, 2010a). Todas as crianças e jovens têm direito à saúde, sendo este estado entendido como bem-estar físico e mental (Casey, 1988 citado por Lee, 1998). Este alcance por esta plenitude também vai depender do ambiente que rodeia a criança e o jovem, que pode ser benéfico ou não para a sua saúde e depende da ajuda que os enfermeiros dão aos pais para suprirem as necessidades dos seus filhos (Casey, 1988 citado por Lee, 1998).

Tendo em conta o que anteriormente foi referido, o PNSIJ preconiza como focos da CVSIJ a avaliação do crescimento e do desenvolvimento (DGS, 2013). A utilização de instrumentos de **avaliação do desenvolvimento** permite ao enfermeiro identificar precocemente alterações no desenvolvimento da criança, permitindo-lhe ter uma intervenção atempada e se necessário encaminhar a criança e a sua família para outros profissionais de saúde (OE, 2010a). Estudos anteriores revelam que a avaliação clínica informal do desenvolvimento infantil nos CSP e a não utilização de testes de rastreio na CVSIJ, deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento. Ao contrário, os instrumentos de rastreio padronizados identificam entre 70 a 90% das situações (DGS, 2013). Dos testes existentes para a avaliação do desenvolvimento, destaca-se a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada, por ser de aplicação fácil e rápida e por ser a Escala que é preconizada pelo PNSIJ (DGS, 2013). Esta Escala de Avaliação consiste num teste de rastreio, que avalia as crianças desde as 4 semanas até aos 5 anos, em várias áreas distintas: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social (DGS, 2013).

Na CVSIJ, os enfermeiros poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica, desde o momento em que criança está na sala de espera a brincar até à sua saída (DGS, 2013). Todas as conversas com os pais ou outros cuidadores também devem ser valorizadas e, durante a avaliação, a criança não se deve sentir observada, pois isso poderá influenciar o seu desempenho (DGS, 2013).

Ao utilizar as escalas de avaliação, uma vez que essas não consideram os fatores que influenciam o desenvolvimento, como por exemplo a cultura ou o ambiente que a criança está inserida, o enfermeiro deve estar atento aos mesmos (Cabral & Figueiredo, 2006). Deste modo é importante realizar-se a avaliação do risco familiar juntamente com a avaliação do desenvolvimento infantil, pois esta avaliação permite compreender as relações familiares com o ambiente e a comunidade (Hockenberry, 2014). Na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, a família é o parceiro fundamental, uma vez que são os pais ou os seus substitutos que melhor conhecem a criança (OE, 2010a). As crianças necessitam de viver num ambiente com condições que estimulem o desenvolvimento de todas as suas potencialidades e quando não existe esse ambiente promotor do desenvolvimento, os profissionais de saúde deverão ajudar os pais a construir esse mesmo ambiente (Figueiras et al., 2005).

Os **cuidados antecipatórios** são uma ferramenta essencial para promover a saúde e prevenir a doença da criança e do jovem, fornecendo aos pais ou outros cuidadores conhecimentos prévios que os ajudarão a compreender o desenvolvimento do seu filho e a prepararem-se antecipadamente para responderem às necessidades da criança e do jovem, promovendo, dessa forma, o desenvolvimento infantil e a parentalidade (Brazelton, 2013; DGS, 2013). Todas as oportunidades de parceria de cuidados entre o enfermeiro, a criança ou o jovem e a sua família ou outro cuidador são momentos únicos e que não devem ser nunca descurados, uma vez que permitem ao enfermeiro abordar os cuidados antecipatórios (DGS, 2013). No entanto, para que a orientação antecipatória seja eficaz, ela deve ser oportuna, ou seja apropriada e relevante às necessidades da criança e da sua família, de modo a que as recomendações sejam adotadas pela família (American Academy of Pediatrics, 2017a).

Proporcionar à criança um ambiente promotor do seu desenvolvimento, principalmente no primeiro ano de vida, terá impacto futuramente na sua saúde e no seu desenvolvimento, contribuindo para a formação de um adulto com mais potencialidades para enfrentar situações menos positivas, com as quais se poderá confrontar no seu percurso de vida (Figueiras et al., 2005). O EEESCJ tem como competência avaliar a situação de saúde, nomeadamente o crescimento e o desenvolvimento da criança na CVSIJ, concedendo aos pais conhecimentos e

estratégias promotoras do desenvolvimento infantil fundamentais ao melhor desempenho do exercício da parentalidade (OE, 2010a).

1.3. Promoção da Saúde da Criança e sua Família

A enfermagem centrada no cuidado humano surge no século XIX com Florence Nightingale (Pfetscher, 2004). Desde sempre que o ser humano terá prestado cuidados aos que sofrem, uma vez que os cuidados são essenciais à sobrevivência do Homem (Silva, 2007). Cuidar é “a primeira arte da vida” e está presente em todas as fases da vida (Collière, 2003, p. 1). Do nascimento à adolescência e depois na velhice, o ser humano necessita de cuidados prestados por outros (Collière, 2003). Para a autora, durante a primeira infância o ser humano necessita de “ser cuidado”, pois o latente depende de um adulto para satisfazer as suas necessidades básicas e permitir assim a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento. Deste modo, o latente irá adquirir e desenvolver capacidades até ser capaz de assegurar os seus próprios cuidados (Collière, 2003). Mais tarde, em adulto ele será alguém que “cuida” dos outros e na velhice ou em situação de doença será novamente “cuidado” (Collière, 2003). Esta linha de cuidados é influenciada por diversos fatores, tais como os fatores que influenciam o desenvolvimento infantil. Ao longo do tempo, as concepções de enfermagem evoluíram até aos atuais modelos ou teorias de enfermagem, onde se inserem os paradigmas de enfermagem (Silva, 2007). A enfermagem passa a significar uma “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em fase das respostas humanas às transições vividas” (Silva, 2007, p.18).

De modo a definir e orientar as intervenções de enfermagem que respondam às necessidades da criança, do jovem e da sua família, recorreu-se ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, inserido no *Paradigma da Transformação*, que assume a pessoa como um ser multidimensional e único, apresentando uma definição própria e individualizada do conceito de saúde (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Maior, 1996). A OE (2015) acrescenta que a **pessoa** em pediatria, refere-se ao binómio criança/jovem e a sua família, sendo que a criança ou o jovem depende dos cuidados da família para suprimir as suas necessidades e adquirir conhecimentos que

lhe permita desenvolver-se até atingir a sua autonomia. Segundo Pender e colegas (2014), a família assume a responsabilidade de prestar cuidados de saúde à criança ou ao jovem, de tomar decisões e de resolver problemas. A família desempenha um papel crítico no desenvolvimento das crenças e dos comportamentos de saúde que irão persistir ao longo de toda a vida da criança ou do jovem, sendo assim fundamental dar atenção ao desenvolvimento de intervenções promotoras do bem-estar familiar para que se iniciem comportamentos saudáveis desde a infância (Pender et al., 2014).

A **saúde** é definida como um estado subjetivo e pessoal, focada na satisfação das necessidades e na aquisição de capacidades da criança e do jovem nas diferentes etapas do desenvolvimento e tendo em consideração fatores do desenvolvimento infantil que possam influenciar o bem-estar físico, psicológico e social da criança e do jovem (OE, 2015; Pender et al., 2014). O **ambiente** é composto por todo o universo do qual a criança, o jovem e sua família fazem parte e se desenvolvem, sendo que o ambiente está em constante mudança (Kérouac et al., 1996; OE, 2015; Pender et al., 2014). Faz parte do contexto, o acesso que as crianças, os jovens e as suas famílias têm aos recursos de saúde, sociais e económicos necessários à estabilidade emocional da criança e do jovem, bem como futuramente à sua independência (OE, 2015; Pender et al., 2014). Os **cuidados de enfermagem** são individualizados de acordo com as preferências da criança, do jovem e da sua família (Kérouac et al., 1996), sendo que os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria assentam na filosofia dos CCF e na parceria dos cuidados e o enfermeiro é um elemento fundamental na capacitação das famílias, para que desta forma seja possível promover comportamentos de saúde (OE, 2015; Pender et al., 2014). O EEESCJ presta cuidados de qualidade especializados à criança, jovem e sua família, promovendo o desenvolvimento da criança e do jovem em parceria com a família ou outro cuidador, de modo a que a criança ou o jovem atinja o seu mais elevado estado de saúde possível (OE, 2015).

O paradigma da transformação representa uma mudança de pensamento e tem inspirado as novas conceções de enfermagem (Kérouac et al., 1996). É nesta perspetiva que em 1978 surge um novo conceito, a saúde para todas as pessoas (Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, CSP, 1978). Segundo a OMS (2014), é essencial existirem sistemas de saúde sustentados, para

que as crianças e os jovens sejam saudáveis ao longo de toda vida, sendo os **CSP** o primeiro nível de contacto das crianças, dos jovens e das suas famílias com o sistema nacional de saúde, uma vez que os cuidados de saúde são prestados o mais próximo possível dos lugares onde elas vivem e trabalham (Conferência Internacional sobre os CSP, 1978). Os profissionais, nomeadamente os de CSP, podem realizar com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil (DGS, 2013), sendo necessário que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos sobre o desenvolvimento normativo da criança e do jovem e sobre os fatores que possam contribuir para o mesmo, ou que podem alterar o curso normal do desenvolvimento (Figueiras, Souza, Rios & Benguigui, 2005).

Segundo Tomey e Alligood (2004), as teorias de médio alcance têm um nível menos abstrato do conhecimento teórico, pois são detentoras de informações mais precisas e concretas que respondem a questões da prática de enfermagem. A opção pelo **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender** surge porque este permite perceber os comportamentos promotores de saúde, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis (Pender et al., 2014).

A *promoção da saúde* é um processo que visa a capacitação da comunidade ou da criança, do jovem e da sua família para influenciar o meio onde estão inseridos e para se desenvolverem, de forma a melhorarem o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (OMS, 1986). Deste modo, a promoção da saúde pressupõe a adoção de comportamentos potenciadores da saúde (OMS, 1986). Florence Nightingale foi a primeira teórica de enfermagem a contribuir para a promoção da saúde, perspetivando a higiene ambiental como foco dos cuidados de enfermagem (Pfetscher, 2004). É neste âmbito que o enfermeiro deve ser entendido como veículo de promoção de saúde e o EEESCJ “procura sistematicamente oportunidade para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores da saúde” (OE, 2010b, p.3), através da análise das necessidades da criança e do jovem e da sua família, com o objetivo de identificar as variáveis que são potenciadores de mudança comportamental (Loureiro & Miranda, 2010). A promoção da saúde é também influenciada por fatores comunitários e pelas políticas sociais e de saúde (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

A educação para a saúde surge aliada à promoção da saúde como uma estratégia interventiva sobre os fatores de risco das doenças de natureza comportamental, na perspectiva das crianças ou dos jovens e das suas famílias modificarem esses comportamentos e adquirirem comportamentos potenciadores de saúde, como saber utilizar os serviços de saúde, e as informações que os profissionais de saúde lhes transmitem (Dias et al., 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender de 1996 centra-se em 10 categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde (Sakraida, 2004). Este modelo permite implementar e avaliar ações promotoras da saúde, através de variáveis que podem ser modificadas ou moldadas por intervenções de enfermagem (Sakraida, 2004; Pender et al., 2014). Uma vez que cada criança e cada jovem é um ser único, as suas *características e experiências individuais* vão influenciar os seus comportamentos (Pender et al., 2014). Fazem parte das *características e experiências individuais*, os comportamentos anteriores e os fatores pessoais (Pender et al., 2014). Os comportamentos anteriores têm efeitos diretos ou indiretos sobre a probabilidade da criança, do jovem e da sua família adotarem comportamentos promotores da saúde, uma vez que é comum esses terem comportamentos iguais ou similares aos comportamentos que tiveram no passado (Pender et al., 2014). Por exemplo, o enfermeiro ajuda as crianças, os jovens e as suas famílias a adotarem comportamentos positivos, concentrando-se nos benefícios do comportamento anterior e ensinando a superarem obstáculos. Um exemplo mais claro são os pais que têm um segundo filho, pois o facto de já terem tido filhos pode facilitar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, mas se a experiência foi negativa pode também trazer ansiedade aos pais, pelo que o enfermeiro deve procurar concentrar-se sobretudo nos benefícios e ensinar os pais a superarem os obstáculos. Os comportamentos anteriores dos enfermeiros também podem influenciar a sua intervenção, por exemplo momentos de ansiedade que os enfermeiros experienciaram no passado poderão fazê-los acreditar que as intervenções futuras também serão sempre stressantes. Um exemplo mais claro é na administração de vacinas, se a criança chorar muito durante a administração, o enfermeiro poderá acreditar que isso irá acontecer nas próximas administrações. Os fatores pessoais, incluem fatores biológicos (idade, género, índice de massa corporal,

força, agilidade ou equilíbrio), psicológicos (autoestima, automotivação e conceito de saúde) e socioculturais (etnia, cultura, educação, estatuto socioeconómico) (Pender et al., 2014).

Existem variáveis específicas do comportamento, as quais se designam por *cognições e afectação do comportamento*, que têm um grande significado motivacional para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde, sendo que estas variáveis podem ser modificadas através de intervenções de enfermagem (Pender et al., 2014). Estas variáveis incluem, os benefícios percebidos para a ação, em que a criança, o jovem e a sua família concentram-se no objetivo que querem alcançar e valorizam os benefícios que preveem adquirir com esse comportamento, os benefícios podem ser intrínsecos (aumento da concentração e de energia) ou extrínsecos (recompensa monetária ou interações sociais); as barreiras percebidas para a ação consistem em percepções negativas que a criança, o jovem e a sua família tenham sobre a despesa ou a dificuldade que determinado comportamento poderá trazer, sendo que essas percepções são muitas vezes falsas crenças que bloqueiam a criança, o jovem e a família de adotarem determinados comportamentos; a autoeficácia percebida, que se refere à capacidade pessoal para se organizar e executar um comportamento promotor da saúde, um exemplo de uma intervenção de enfermagem que pode modificar a percepção dos pais sobre as suas capacidades e competências de cuidarem do seu filho é o apoio à parentalidade, o enfermeiro precisa também de acreditar que é capaz de promover o comportamento de saúde na criança, no jovem e na família; a actividade relacionada com a apresentação consiste nos sentimentos positivos ou negativos e subjetivos que acontecem antes, durante e a seguir aos comportamentos, sendo que o enfermeiro deve ajudar a criança, o jovem e a sua família a gerirem as suas emoções; as influências interpessoais que se referem aos comportamentos, normas, crenças ou atitudes que podem ou não influenciar a criança e o jovem, que habitualmente provêm das famílias, dos pares e dos profissionais de saúde; e as influências situacionais, que são percepções e conhecimentos de um determinado ambiente ou contexto e que podem facilitar ou impedir os comportamentos (Pender et al., 2014).

Todas estas variáveis conduzem a *resultados comportamentais e experiências individuais*, que pressupõem, um compromisso com um plano de ação, que são

intervenções de enfermagem planejadas e acordadas com a criança, com o jovem e a sua família e que irão influenciar o seu comportamento, como por exemplo, as ações de promoção do aleitamento materno; e exigências e preferências de competição imediatas, sendo que as exigências referem-se a comportamentos alternativos sobre os quais as crianças, os jovens e as suas famílias têm um nível de controle relativamente baixo devido a contingências ambientais, como o trabalho ou a responsabilidade familiar (Pender et al., 2014). Por exemplo, os pais querem brincar mais com os seus filhos, porque sabem que o brincar é promotor do desenvolvimento infantil, no entanto por vezes o horário de trabalho não lhes permite, sendo que a intervenção do EEESCJ nesta situação é ajudar esses pais a gerirem o tempo. Os *resultados comportamentais* dependem também das preferências, que referem-se a comportamentos sobre os quais as crianças, os jovens e as suas famílias têm controle, como por exemplo as escolhas alimentares (Pender et al., 2014).

O comportamento de promoção da saúde é definido como o resultado final da ação do Modelo de Promoção da Saúde, sendo que esse comportamento tem como objetivo a saúde da criança, do jovem e da sua família e quando integrado num estilo de vida saudável, resulta num bem-estar ótimo e numa melhor qualidade de vida em todas as fases do desenvolvimento humano (Pender et al., 2014).

O enfermeiro pode aplicar este modelo num cuidado individual ou de grupo, sendo que este é um modelo simples e claro (Victor, Lopes & Ximenes, 2005), cujo diagrama é apresentado no Anexo I.

2. METODOLOGIA

A metodologia do projeto centra-se na investigação de um problema real identificado e na definição de estratégias e intervenções para a sua resolução, utilizando a teoria como sustentação (Freitas, 2010). Como tal, este relatório iniciou-se com a apresentação do problema identificado, seguindo-se um breve enquadramento conceptual, cabendo a este capítulo, a apresentação dos contextos onde se desenvolveram os diferentes estágios, bem como os objetivos e as atividades correspondentes, que permitiram encontrar algumas respostas para o problema identificado, a par do desenvolvimento de um conjunto de competências de EE e EEESCJ.

2.1. Os Contextos de estágio: contextualização e justificação das escolhas

Os estágios clínicos são momentos de observação e intervenção nos serviços de saúde, com a finalidade de desenvolver capacidades, atitudes e competências no profissional de saúde (Alarcão & Rua, 2005). A escolha dos locais de estágio é uma tarefa importante, pois é necessário selecionar locais que tenham condições para dar resposta ao problema identificado, aos objetivos que se pretendem atingir, bem como às competências a desenvolver. No Apêndice I é apresentado o cronograma de estágio.

A seleção dos locais do presente estágio deveu-se ao facto de serem Unidades de Saúde que se articulam com o local onde exerço funções e por serem Unidades de referência na área de pediatria, nomeadamente algumas na área da promoção do desenvolvimento infantil. Assim optou-se pelos seguintes contextos: Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), Serviço de Urgência de Pediatria (SUP), Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) e Cuidados de Saúde Primários que envolveu a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A opção pela UCERN prendeu-se ao facto de ser um contexto com projetos no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil, que vão ao encontro da temática em foco e por ser uma Unidade de Saúde em que os profissionais de saúde regem os seus cuidados com base na filosofia dos CCF, permitindo a presença dos pais, a

promoção da parceria de cuidados e a promoção do desenvolvimento do Recém-Nascido (RN). Esta opção deveu-se também à minha necessidade de desenvolver competências especializadas, sendo esta uma Unidade de Saúde que presta cuidados ao RN doente ou RNPT e sua família.

O SUP e o SIP foram dois serviços escolhidos por se articularem diretamente com a UCSP onde exercia funções, reconhecendo ser pertinente o conhecimento das estratégias de articulação promotoras da continuidade de cuidados. Pela minha necessidade também de desenvolver competências do EE e do EEESCJ, em situações mais complexas da saúde da criança, do jovem e da sua família, estes foram os serviços de saúde selecionados por prestarem cuidados à criança ou ao jovem nessas condições.

O CDC foi um local escolhido para estágio por esse ser uma Unidade de Saúde que presta cuidados de saúde aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) a crianças e adolescentes com patologias neurológicas e do desenvolvimento. O CDC tem como objetivo promover a ligação à comunidade, privilegiando a ligação com os CSP, contribuindo, assim, para a realização do meu projeto no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil em contexto de CSP.

A UCSP é a Unidade de Saúde onde exercia funções, e foi neste contexto que emergiu a temática a estudar e a desenvolver juntamente com a equipa de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à CVSIJ, partindo das necessidades dos pais e das dificuldades dos enfermeiros. A UCC de referência da UCSP surge neste percurso pela articulação frequente entre as duas Unidades, o que poderá contribuir para dar resposta aos meus objetivos, permitindo compreender melhor a articulação do enfermeiro com a restante equipa multidisciplinar, no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

2.2. Objetivos gerais e específicos, atividades e competências desenvolvidas em estágio

Para o desenvolvimento de competências de EE e de EEESCJ, nomeadamente na área da promoção do desenvolvimento infantil foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos:

- 1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ para prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento em diferentes contextos de prática;
 - Adquirir competências no cuidado à criança ou ao jovem em situações de maior complexidade;
 - Identificar estratégias de articulação promotoras da continuidade de cuidados;
 - Identificar estratégias de comunicação utilizadas pelo EEESCJ com as crianças, os jovens e as suas famílias.
- 2) Desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil;
 - Aprofundar conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e respetiva avaliação;
 - Reconhecer a importância das intervenções do enfermeiro promotoras do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida;
 - Identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a importância que atribuem à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida;
 - Identificar as necessidades dos pais na vigilância da saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida;
 - Organizar as intervenções de enfermagem realizadas nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil, no primeiro ano de vida da criança, em contexto de CSP.

As atividades que foram realizadas nos diferentes contextos de estágio são apresentadas no Apêndice II, a par das competências a desenvolver em cada contexto.

Segundo Alarcão & Rua (2005), o desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e atitudes só é possível se existir uma interação do estudante com a prática, sob a supervisão de um profissional que o ajude a mobilizar e a compreender esses conhecimentos. A OE define a Supervisão Clínica como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de

processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010c, p. 5). A prática reflexiva é essencial para o desenvolvimento profissional dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros, porque permite-lhes tornarem-se autoconscientes e prestarem melhores cuidados de saúde (Peixoto & Peixoto, 2016). A presença de um orientador facilita o processo crítico e reflexivo dos estudantes, uma vez que a responsabilidade é partilhada, o que permite aproximar a teoria e a prática de enfermagem, expandindo os conhecimentos da disciplina de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016). Desta forma, no final de cada contexto foi realizada uma análise crítica e reflexiva e discutida com a docente orientadora e que, no seu conjunto foram base do próximo capítulo.

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO: DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

O percurso de desenvolvimento profissional do enfermeiro passa por diversos contextos e é construído através de um processo de formação que pode ser formal ou informal (OE, 2009).

Segundo a OE (2010c), o EE adquire e desenvolve competências quando obtém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades e os articula com a prática, permitindo-lhe avaliar as necessidades da criança, do jovem e da sua família e intervir em todas as fases da vida e a todos os níveis de prevenção.

Este relatório de estágio assenta na evidência científica e descreve as competências comuns do EE e específicas do EEESCJ, particularmente na área da promoção do desenvolvimento infantil, que desenvolvi ao longo dos diferentes contextos de estágio, passando pelos cuidados diferenciados até aos CSP.

Neste capítulo irão apresentar-se as atividades realizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio, através de uma análise crítica e reflexiva e respetiva articulação entre a teoria e a prática.

3.1. Análise crítica e reflexiva das atividades e competências do Enfermeiro Especialista desenvolvidas em estágio

O enfermeiro, à medida que vai adquirindo e desenvolvendo competências, vai progredindo nos diferentes níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). O enfermeiro precisa de refletir sobre a sua prática, a sua experiência e o seu domínio, para que tal se converta em competências (Benner, 2001). A competência é assim o resultado da mobilização de conhecimentos durante uma determinada ação (Alarcão & Rua, 2005).

É neste sentido, que no presente subcapítulo irei desenvolver uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas e das competências do EE e do EEESCJ adquiridas em estágio. Esta análise encontra-se organizada pelos objetivos descritos no capítulo anterior e dividida em três secções.

3.1.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem para prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento em diferentes contextos de prática

Considerando o autodiagnóstico de competências do EEESCJ, verificou-se a necessidade de desenvolver bem como **adquirir competências no cuidado à criança ou ao jovem em situações de maior complexidade.**

Compete ao EEESCJ assistir “a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde” (OE, 2010b, p. 3), tendo como focos da sua intervenção a gestão da dor e do bem-estar da criança ou do jovem, o diagnóstico precoce de doenças agudas, crónicas ou raras e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem, bem como adaptação da criança, do jovem e da sua família à doença (OE, 2010b). De seguida, irei descrever as atividades que desenvolvi nos diferentes contextos de estágio e que me permitiram adquirir essas mesmas competências.

Os estágios na UCERN, no SUP, no SIP e no CDC proporcionaram-me diferentes experiências que me permitiram adquirir competências específicas no cuidado ao RN, à criança e ao jovem em situação de maior complexidade, através da observação e participação nas intervenções de enfermagem pelo EEESCJ ao RN, à criança e ao jovem com doença aguda, crónica, rara ou com alterações do desenvolvimento.

Os profissionais de saúde da UCERN prestam cuidados de saúde aos RN's com ou menos de 28 dias de idade e que necessitam de cuidados de saúde especializados, cuidados que também tive oportunidade de observar e de participar. Vários motivos levam o RN a ser internado, desde a sua prematuridade à sua pós-maturidade (Tamez, 2013). O RNPT está sujeito a mais complicações, como problemas respiratórios e de risco de infeção devido à sua imaturidade pulmonar e imunológica, e o RN com mais de 42 semanas está sujeito a complicações, como hipoxia e desidratação, devido à sua pós-maturidade (Tamez, 2013).

O estágio no CDC foi o que me permitiu ter mais experiências no cuidado ao RN, à criança e ao jovem com doença crónica, rara ou com alterações do desenvolvimento. O CDC atua nos três níveis de prevenção (primária, secundária e

terciária) em crianças ou jovens com patologias neurológicas e do desenvolvimento, residentes na área de influência do Hospital, oferecendo uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência dos cuidados. No CDC, o principal objetivo das enfermeiras é promover na criança, no jovem e na sua família, um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde. Da experiência que vivenciei neste estágio percebi que cada criança e cada família são únicas, com particularidades e necessidades diferentes e deste modo as consultas nunca são iguais. As doenças da criança ou do jovem também passam por diversas fases que requerem intervenções adaptadas a cada fase e a cada criança, jovem e família.

A **doença crônica** ou a incapacidade têm um forte impacto pessoal, financeiro, relacional e social na família, uma vez que as famílias passam a ter novas responsabilidades e preocupações, como o acesso aos serviços médicos e educacionais, incertezas quanto ao futuro e reações de estigmatização por parte da comunidade (McElfresh & Merck, 2014). Compete ao EEESCJ promover “a adaptação da criança/jovem e família à doença crônica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2010b, p. 4).

O adolescente com doença crônica apresenta por vezes momentos de revolta e de negação da sua doença e a maioria dos pais sentem-se incapazes de responder às necessidades dos seus filhos (McElfresh & Merck, 2014). Durante o estágio presenciei um adolescente em fase de negação da doença crônica. A enfermeira orientadora avaliou as características e experiências individuais do jovem e da família, valorizando as suas potencialidades. Segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Sakraida, 2004), perceber os comportamentos anteriores é o início para a promoção da saúde. O objetivo do EEESCJ é ajudar o jovem a perceber os benefícios do tratamento (os benefícios percebidos para a ação), assim como os aspetos que poderão impedir de aderir a esse tratamento, bem como ajudar a perceber as consequências que teria no caso de não aderir ao tratamento (barreiras percebidas para a ação). Com base nestes pressupostos, em conjunto com a enfermeira orientadora, na situação anteriormente descrita, a nossa intervenção centrou-se em ajudar o adolescente a perceber as suas capacidades, a identificar problemas, a reconhecer novas estratégias de *coping* e a promover a esperança

(autoeficácia percebida) (McElfresh & Merck, 2014, OE, 2011a). Juntamente com o jovem também foram encontradas estratégias facilitadoras da gestão dos seus sentimentos, sendo assim possível delinear e estabelecer um plano promotor de comportamentos de saúde.

Os enfermeiros também devem promover os CCF, envolvendo a família na tomada de decisão dos cuidados prestados à criança, ajudando-os a tornarem-se peritos na prestação dos mesmos (McElfresh & Merck, 2014). O processo de enfermagem no CDC é elaborado em conjunto com a família, uma vez que os adolescentes com doença crónica precisam de se sentirem apoiados pelos familiares (Santos, Santos, Ferrão & Figueiredo, 2011). Numa primeira fase, a família é capacitada para realizar os cuidados que a criança necessita. Um exemplo que experienciei no estágio do CDC, foi uma criança portadora de Spina Bífida em que anteriormente foram transmitidos à mãe os conhecimentos necessários à realização do esvaziamento vesical, e a mãe foi treinada até se sentir capaz de o realizar. Quando a criança se tornou num adolescente com necessidade da sua independência, iniciou-se a capacitação do adolescente para o esvaziamento vesical. Nesta situação, percebi que também é necessário capacitar alguns profissionais da comunidade, como as assistentes operacionais da escola, uma vez que o adolescente realizava esvaziamentos vesicais na escola e precisava da ajuda das mesmas.

Outra atividade que me permitiu desenvolver competências no cuidado à criança e ao jovem em situações de maior complexidade, foi a observação e a **colaboração no atendimento na triagem**. O sistema de triagem utilizado no SUP é o Sistema de Triagem de Manchester®. Este sistema permite caracterizar a gravidade do quadro clínico da criança e do jovem através de uma avaliação rápida, de forma a estabelecer o grau de prioridade para o atendimento médico (Grupo Português de Triagem, 2015). A existência de fluxogramas de triagem retira ao enfermeiro alguma autonomia na tomada de decisão, no entanto esses fluxogramas permitem uma uniformidade na triagem. A reavaliação da criança e do jovem é realizada quando o tempo de espera excede o limite previsto pelo sistema de triagem, por iniciativa do enfermeiro, caso a condição clínica da criança e do jovem o exija e sempre que a família o solicite (DGS, 2015).

O SUP é na maioria das vezes um lugar desconhecido para a criança, para o jovem e sua família, gerando momentos de ansiedade. A triagem é o primeiro contacto que a criança ou o jovem e a sua família têm com o enfermeiro, sendo assim da responsabilidade do enfermeiro o acolhimento da criança, do jovem e da família no serviço. Neste contexto de estágio, bem como nos outros contextos tive oportunidade de colaborar no **acolhimento da criança, do jovem e da sua família** ao serviço, apresentando a equipa, as normas de funcionamento e de organização. No SUP, no momento da triagem, uma forma de tranquilizar a família é explicar-lhe que se durante o tempo de espera, a condição clínica da criança ou do jovem se alterar eles podem sempre voltar à triagem para se fazer a reavaliação. O momento da triagem é assim uma oportunidade de se fortalecer uma relação de maior confiança entre a criança, o jovem, a sua família e os enfermeiros.

Na UCERN, o acolhimento e a alta são realizados pelo enfermeiro e pelo médico. Tanto no acolhimento como na alta é entregue aos pais ou outros cuidadores um folheto com informações sobre o cuidado ao RN e com os contactos da UCERN, o que tranquiliza os pais ou outros cuidadores, uma vez que eles podem contactar a equipa sempre que tenham dúvidas.

Outra **competência** do EEESCJ é a “**gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem**” (OE, 2010b, p.4), pelo que na UCERN, no SUP e no SIP, a dor é monitorizada sistematicamente através de escalas de avaliação. Caso se verifique que a criança tenha dor, são implementadas intervenções desde a administração de analgésicos prescritos à gestão do ambiente, como por exemplo a otimização da luz, uma vez que o EEESCJ tem responsabilidade “na implementação das intervenções de enfermagem que vise a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2015, p.16663). No RN, a avaliação da dor torna-se um desafio para os enfermeiros, uma vez que a comunicação verbal é inexistente (Tamez, 2013). Na UCERN, a escala utilizada para a avaliação da dor é a *Neonatal Infant Pain Scale*, que permite uma avaliação através da observação de alterações comportamentais e fisiológicas do RN.

Em todos os contextos de estágio, durante os procedimentos invasivos e dolorosos, como por exemplo na colheita de sangue ou na vacinação, juntamente com o enfermeiro orientador participei em intervenções não farmacológicas que

minimizavam a dor do RN, da criança e do jovem, utilizando técnicas de distração adequadas à idade. Alguns exemplos das intervenções utilizadas em latentes são a contenção facilitada e o enrolamento, a sucção não nutritiva com o uso da sacarose, o envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho, a prática do Método Canguru e a amamentação (Tamez, 2013). Outras intervenções utilizadas em crianças e jovens para minimizar a dor durante o procedimento são a música, o uso do Emla e a presença dos pais ou dos substitutos (Jacob, 2014; Wilson, 2014). A presença de um familiar é essencial para que a criança se sinta segura, e nos locais onde estagiei os pais ou os substitutos podem acompanhar a criança durante todos os procedimentos. A **parceria de cuidados de enfermagem** em saúde infantil e pediátrica minimiza o medo que as crianças têm de se separarem dos pais e dos procedimentos invasivos, confortando assim a criança. Os procedimentos invasivos no SIP são realizados numa sala específica e nunca no quarto da criança, para que ela não associe a sua cama a um local de sofrimento, mas sim a um local de conforto. Para minimizar a dor da criança e do jovem durante o procedimento e ir assim de encontro ao que é preconizado no quarto direito da Carta da Criança Hospitalizada, “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança, IAC, p.9, 1998), são utilizadas outras estratégias como, por exemplo, sempre que possível a administração de medicação é oral e não injetável, ou em situações de internamentos prolongados com necessidade de realizar terapia endovenosa era colocado um cateter central, evitando desta forma que a criança fosse várias vezes cateterizada. Recordo uma situação de uma criança de 10 anos com necessidade de cumprir antibioterapia endovenosa, em que os acesos venosos não se encontravam funcionais. A equipa de enfermagem e médica reuniram-se com a família no sentido de se encontrar uma melhor solução, e decidiram que seria benéfico a colocação de um cateter central. A equipa e a família reuniram-se com a criança e explicaram-lhe a hipótese da colocação do cateter central e os seus benefícios, tranquilizando a criança ao perceber que iria estar a “dormir” no momento da sua colocação e que isso evitaria ser de novo cateterizada.

Uma vez que exerço funções em CSP, e de forma a compreender a articulação existente entre os cuidados diferenciados e os CSP, delinee o seguinte objetivo

específico, **identificar estratégias de articulação promotoras da continuidade de cuidados.**

A transição da criança e do jovem do Hospital para o seu domicílio pode ser um processo complexo para toda a família (Sanders, 2014). O EEESCJ tem um papel fundamental na readaptação funcional da criança do jovem através da continuidade dos cuidados de enfermagem e do planeamento da alta, proporcionando os recursos necessários na comunidade (OE, 2015). Habitualmente, os serviços de saúde utilizam como instrumentos de articulação e comunicação, a carta de alta médica e a carta de alta de enfermagem, o que permitem a continuidade da vigilância de saúde do RN, da criança e do jovem. Nos diferentes contextos de estágio participei na preparação do RN, da criança, do jovem e sua família para a alta ou para a transferência intra ou extra-hospitalar. Na preparação da alta, os pais ou outros cuidadores são informados sobre os cuidados imediatos a ter em caso de ocorrerem sinais ou sintomas de agravamento da doença, ou seja, são realizados cuidados antecipatórios.

A entrada na UCERN é, de facto, assustadora para os pais, mas a alta não deixa também de ser um momento de ansiedade, uma vez que a maioria dos pais referiam ter medo de ficarem sozinhos a cuidarem do seu filho, tornando a comunicação entre a equipa de saúde e os pais essencial para uma relação de confiança entre os mesmos, e desta forma tranquilizá-los (Tamez, 2013). Na UCERN existe um protocolo para a referenciação do RN com necessidades de cuidados especiais para o domicílio, através do SNIPI. Com a participação no III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa, pude compreender de forma mais clara o funcionamento desse sistema, pelo que destaco a apresentação “A Intervenção Precoce na Infância: sua implicação na população vulnerável 0-5 anos e a organização de serviços de Intervenção Precoce em Portugal”. O SNIPI é desenvolvido através da participação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, numa parceria com as famílias e a comunidade (Decreto-Lei nº281/2009 de 6 de Outubro de 2009). Este sistema surge no âmbito da sequência dos princípios da Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006 -2009, com o objetivo principal de “garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o

crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Decreto-Lei nº281/2009 de 6 de Outubro de 2009, p. 7298). A Intervenção Precoce na Infância (IPI) define-se como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” podendo ser incluídas as crianças até aos 6 anos de idade (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro de 2009, p.7298).

Em caso de necessidade, os serviços de saúde também encaminham o RN, a criança e o jovem para serviços de especialidades. Recordo-me de uma situação em que uma adolescente recorreu ao SUP por uma crise de ansiedade pelo que foi solicitado o apoio da pedopsiquiatria, e recordo outras situações em que os RN's, as crianças e os jovens já estavam encaminhados ou já estavam a ser seguidos em Consultas de Desenvolvimento.

Na UCERN existe o Projeto da Promoção da Parentalidade, que infelizmente, pela rotatividade dos elementos na equipa de enfermagem, não tem estado totalmente ativo. Este projeto é dirigido tanto aos pais como aos enfermeiros, proporcionando momentos de formação e reflexão em diferentes temáticas, como por exemplo o desenvolvimento do RN, o método Canguru, o aleitamento materno, entre outros. Durante o estágio tive oportunidade de **assistir a uma formação sobre “Posicionamentos do Recém-Nascido Pré-Termo – Impacto no Desenvolvimento”**. Pela pertinência do tema, senti necessidade e elaborei uma **reflexão** sobre esta mesma formação (Apêndice III). Com esta formação e ao longo do estágio na UCERN, devido ao facto de os pais estarem habituados a verem os seus filhos posicionados em lateral e ventral, percebi que no momento da alta e mesmo ao longo do internamento era importante transmitir aos pais que após a alta para o domicílio, o bebé deverá dormir em dorsal e sem apoios de posicionamento, de modo a prevenir o Síndrome de Morte Súbita do Latente (Askin & Wilson, 2014).

O SUP e o SIP recebem crianças inscritas na UCSP, onde exercia funções, e, ao longo do estágio, constatei a necessidade da existência de um sistema eficaz de articulação entre os serviços de pediatria e a UCSP. Neste âmbito sugeri à enfermeira chefe a realização de uma instrução de trabalho que uniformizasse e garantisse a

referenciação e a continuidade dos cuidados da criança, do jovem e da sua família após a alta do serviço de pediatria. Uma vez já ter sido iniciada uma instrução de trabalho pela enfermeira chefe, em conjunto com outra enfermeira, mas ainda não terminada, foi-me sugerido melhorar a instrução de trabalho, sendo posteriormente proposta para aprovação. A **Instrução de Trabalho** intitulou-se por **Continuidade de Cuidados do Hospital para a Comunidade** (Apêndice IV).

No serviço de pediatria existe também disponível uma lista de contactos de endereços de correio eletrónico e telefónico das enfermeiras chefes, coordenadoras ou interlocutoras dos Centros de Saúde (CS) da área abrangente do Hospital. Na mesma linha, dado a dificuldade que eu e os meus colegas dos CS temos, por vezes, em contactar os enfermeiros do serviço de pediatria, quando necessitamos de mais informações sobre a situação clínica de uma criança, foi sugerido à enfermeira chefe a realização de uma **lista de contactos do serviço de pediatria**, de forma a disponibilizar essa mesma lista a todos os CS abrangentes do Hospital e facilitar assim a comunicação entre os profissionais. A enfermeira chefe mostrou-se receptiva à sugestão e propôs-se apresentá-la no projeto inovador que existe no Hospital intitulado “Gestão da Transição Segura Hospital/Comunidade”. Este projeto visa promover a articulação entre o Hospital e a Comunidade, bem como capacitar o membro familiar prestador de cuidados, nos serviços de internamento hospitalar e nas unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), colaborando na preparação da alta segura, promovendo a satisfação dos clientes e incentivando a gestão da transição segura Hospital-Comunidade. As equipas domiciliárias são os profissionais que estão mais próximos e que conhecem melhor os recursos da comunidade, sendo, por isso, parceiros essenciais à continuidade de cuidados. A **reunião** que realizei **com a Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade** (Apêndice V) permitiu-me conhecer que no âmbito do projeto anteriormente referido, na área de saúde infantil e juvenil, surge outro projeto distinguido pela Missão Continente “Diabetes Infantil – Otimização da Gestão da Transição Segura Hospital/Comunidade na área da saúde Infantil e Juvenil”. Este projeto visa capacitar as famílias e os profissionais, como, por exemplo, os professores, para a vigilância da diabetes das crianças. A UCC que está associada à UCSP, onde exercia funções, em 2017 realizou nas escolas workshops com a

temática da “diabetes infantil” dirigidos aos professores, aos assistentes operacionais das escolas e aos pais. As enfermeiras da UCC articulam-se com o Hospital, nas situações em que as crianças ou os jovens já estão referenciadas para este projeto, de forma a uniformizar as informações transmitidas às crianças ou aos jovens e suas famílias.

O serviço de pediatria tem um outro projeto na área da parentalidade “Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade”. Este curso é dirigido às grávidas e aos seus companheiros, a partir das 26 semanas de gestação e tem como objetivo informar e capacitar os futuros pais para a gravidez e para o trabalho de parto (Couto, 2006). A equipa multidisciplinar que integra o curso ajuda os futuros pais a adquirirem e a desenvolverem conhecimentos e competências, que lhes permitem uma melhor preparação para o desempenho da parentalidade, como, por exemplo, conhecimentos e competências nos cuidados de higiene e de alimentação ao RN. Durante o estágio tive oportunidade de **participar numa das sessões de educação para a saúde sobre “Segurança Infantil”**. Nesta formação, percebi as principais inseguranças e dúvidas dos futuros pais que estavam a assistir à sessão e a importância que eles dão aos esclarecimentos da enfermeira, bem como a sua influência na diminuição da ansiedade. Desta forma, a enfermeira, ao transmitir informações e ao esclarecer as dúvidas dos pais sobre os cuidados aos seus filhos, está a contribuir para o desenvolvimento da função parental.

Dos projetos existentes no CDC destaco o “Partilhar para Cuidar” e o “Journal Club”. O Grupo “Partilhar para Cuidar” nasceu em 1998, e lidera projetos de intervenção que têm como objetivo a melhoria contínua de cuidados de enfermagem através da formação conjugada com a prática. Na área de saúde infantil destacam-se as formações e os folhetos realizados pelos profissionais de saúde do Hospital e do ACES da área de referência do Hospital, para uniformizar a linguagem e a informação que os profissionais transmitem às crianças, aos jovens e suas famílias. Um exemplo, foi uma formação e um folheto sobre a introdução dos alimentos no primeiro ano de vida, que permitiu aos profissionais de saúde do Hospital e dos CSP uniformizarem a informação transmitida aos pais.

O “Journal Club” é uma atividade do CDC que se realiza semanalmente e permite a partilha, a atualização, a divulgação e o debate de artigos científicos, entre

todos os elementos da equipa multidisciplinar. Durante o estágio no CDC tive oportunidade de **participar em duas apresentações do “Journal Club”**, onde numa foi apresentado um artigo de Whitehouse e colegas (2017) sobre a utilização do iPad na terapia do Espectro do Autismo e na outra foi apresentado um estudo que está a ser realizado no Hospital sobre o uso de toxina botulínica na sialorreia. Esta atividade permitiu-me adquirir conhecimentos sobre temáticas para mim desconhecidas, e foi mais um contributo para o desenvolvimento de uma das **competências EE, “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”** (OE, 2011b, p. 8653).

O CDC tem na sua equipa multidisciplinar duas EEESCJ e uma enfermeira generalista com grande experiência na área do desenvolvimento infantil. As enfermeiras do CDC atuam em quatro áreas distintas: a Consulta de Neonatologia de *Follow-up*, Núcleo de Spina Bífida, Consulta de Paralisia Cerebral e Consulta de Síndrome de Down, sendo cada enfermeira responsável por uma das áreas, e gestoras de caso das famílias que acompanham, fazendo a ligação na equipa multidisciplinar e a articulação com a comunidade. Durante o estágio observei várias articulações entre a enfermeira orientadora e outros profissionais de saúde, permitindo à criança e ao jovem usufruir dos recursos mais adequados às suas necessidades. Um exemplo é a avaliação da condição socioeconómica familiar que a enfermeira realiza durante a consulta, em articulação de procedimentos com a assistente social, caso seja necessário. O facto de a criança poder usufruir de várias consultas de especialidades diferentes no mesmo dia, permite à equipa multidisciplinar reunir-se e delinear as estratégias mais adequadas para cada criança, para além de minimizar o desgaste da criança e da sua família nas deslocações ao Hospital.

Posteriormente a ter contactado com o SNIPI no estágio da UCERN, tive a oportunidade de conhecer melhor este sistema, através da reunião individual com a Enfermeira Coordenadora da UCC (Apêndice V) e da **observação reflexiva da dinâmica de trabalho da Equipa Local de Intervenção (ELI) que integra o SNIPI**, sistema já abordado anteriormente. Estas atividades foram realizadas nos estágios da UCC e do CDC, e permitiram-me conhecer alguns dos recursos que a comunidade tem para oferecer à população. Pelo que constatei nas reuniões da ELI, a intervenção do enfermeiro passa por garantir a vigilância de saúde da criança, o cumprimento do

Programa Nacional de Vacinação (PNV) e articular com outro profissional caso seja necessário.

O CDC está integrado numa Unidade Hospitalar, e tem como objetivos prestar apoio médico e psicossocial às famílias e promover a ligação com a comunidade, numa parceria com CS, escolas, associações e ELI.

As ELI's desenvolvem atividade ao nível municipal (Decreto-Lei nº281/2009 de 6 de Outubro de 2009) e têm na sua equipa vários profissionais, como educadores de infância, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas (DGS, 2016), que em articulação com a equipa multidisciplinar do CDC ou com a equipa de profissionais de saúde dos CS, identificam e respondem às necessidades das crianças ou dos jovens e das suas famílias. O EEESCJ quando inserido nesta equipa tem várias competências, desde a gestão de recursos comunitários, apoio na inclusão das crianças ou dos jovens com necessidades de saúde e educativas especiais, à parceria com agentes da comunidade (OE, 2010b). As reuniões onde participei tiveram como objetivo principal a partilha e a discussão de casos mais complexos, que necessitavam de novas estratégias de intervenção. Quando necessário, a ELI articula-se com a comissão de proteção de crianças e jovens em risco ou com outras entidades com atividade na área da proteção infantil e com os educadores de infância das creches e jardins-de-infância onde as crianças estão inseridas (Decreto-Lei nº281/2009 de 6 de Outubro de 2009). A referenciação de uma criança para o SNIPI pode ser feita por qualquer pessoa, desde que cumpra o critério de a criança ter menos de 6 anos de idade (DGS, 2016). Após os 6 anos de idade a ELI tenta articular-se com outros profissionais da escola ou da segurança social, de forma a garantir os cuidados necessários aquelas crianças. Na reunião da ELI percebi que a maioria dos casos são referenciados para o SNIPI pelos educadores de infância, o que me fez refletir que é urgente definir estratégias de intervenção de enfermagem nas CVSIJ's, de forma a prevenir e a detetar alterações no desenvolvimento da criança.

No decorrer do estágio **na UCSP partilhei esta minha experiência** com os meus colegas enfermeiros, e deixei impressos os documentos da DGS, como os critérios de elegibilidade e a ficha de referenciação, que deve ser entregue à enfermeira interlocutora da ELI. Foi partilhado com os colegas como se devem realizar os registos no SClínico e a importância de ser efetuada uma avaliação do risco familiar

antes da referenciação para o SNIPI. No módulo dos registos de avaliação do risco familiar são registados fatores de risco e de proteção, sinais de alerta, tipo de risco e/ou de maus tratos e o tipo de acompanhamento. A avaliação do risco familiar permite caracterizar as famílias e compreender as relações familiares com o ambiente e a comunidade (Hockenberry, 2014) e é uma ferramenta útil para os profissionais de saúde diagnosticarem e intervirem em situações de maus tratos em crianças (DGS, 2016). Os itens da avaliação do risco familiar e do SNIPI podem ser preenchidos na aplicação informática de suporte ao PNSIJ. Quando testei alguns casos percebi que algumas crianças estavam inscritas na UCSP sem agregado familiar, não permitindo a referenciação, dado que para se poder preencher o item do SNIPI é preciso primeiro identificar o responsável pela criança. Assim, numa reunião com o diretor clínico e toda a equipa da UCSP foi mencionada esta lacuna, sendo pedido a colaboração dos administrativos para corrigirem estas situações.

Durante o estágio na UCSP surgiu um RNPT, que pela sua idade gestacional tinha critério de elegibilidade de referenciação para o SNIPI. O RNPT já tinha sido referenciado pelo Hospital, sendo seguido nas consultas de neonatologia do mesmo. No entanto, dado que o RNPT também era seguido na UCSP nas CVSIJ's, articulei a situação com as enfermeiras da UCC, no sentido de existir a necessidade de alguma intervenção futura no domicílio. Outras situações com critérios de elegibilidade de referenciação para o SNIPI, e que surgiram durante o estágio na UCSP, foram crianças de etnia cigana sem o PNV atualizado e sem a assiduidade nas CVSIJ's preconizadas no PNSIJ. A comunidade cigana tem uma reduzida preocupação com a manutenção e promoção da saúde e prevenção da doença, o que faz com que estes utentes não recorram regularmente ao Centro de Saúde, recorrendo maioritariamente aos hospitais em situação de doença (Ferreira da Silva, 2005). Relativamente ao incumprimento do PNV, a comunidade cigana considera que as crianças já estão parcialmente protegidas, porque desde muito cedo estão expostas ao mau tempo nos locais de trabalho e porque querem proteger as crianças da dor que é provocada durante a vacinação (Ferreira da Silva, 2005). Uma das competências do EEESCJ é relacionar-se “com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pelas suas culturas” (OE, 2015, p. 5), de modo a encontrar o equilíbrio do melhor bem-estar

para a criança, para o jovem e sua família. Para as situações anteriormente descritas, foi também necessário articular com as enfermeiras da UCC e a assistente social.

Relativamente ao objetivo, **identificar estratégias de comunicação utilizadas pelo EEESCJ com as crianças, os jovens e as suas famílias**, em todos os contextos de estágio, observei os enfermeiros a estabelecerem uma comunicação efetiva, iniciando a conversa com a sua apresentação, permitindo o início de uma relação de confiança entre a criança, a família e os enfermeiros (Martinez, Tocantins & Souza, 2013). Os profissionais de saúde do CDC destacam-se no acolhimento à criança, ao jovem e sua família, uma vez que vão recebê-los à sala de espera, acompanhando-os no percurso até ao gabinete.

Através da observação dos enfermeiros percebi que muitas vezes as crianças sentem-se confortadas e seguras apenas com um abraço ou uma pequena brincadeira por parte do enfermeiro. O contacto físico, o toque ou pequenas e simples palavras carinhosas são estratégias que observei os enfermeiros a utilizarem para comunicarem com as crianças. Martinez e colegas (2013), no estudo que realizaram sobre a comunicação entre o enfermeiro e a criança, verificaram que os enfermeiros para comunicarem com a criança utilizavam estratégias de várias ordens, tendo emergido sete temas: a fala; o toque e o contacto físico (o carinho e o pegar no colo); o olhar; os gestos; o lúdico (brinquedo, jogos, música, sons, leitura, desenhos); a atitude do enfermeiro (atenção disponibilizada para a criança); e as ações de cuidar (comunicação verbal e não-verbal).

Nos diferentes contextos de estágio, observei os enfermeiros a utilizarem a comunicação não-verbal com os latentes, uma vez que estes ainda não adquiriram a linguagem. É importante estabelecer uma comunicação com o RN através de sons, e da comunicação não-verbal, como sorrir e chorar, dando a oportunidade ao cuidador de aprender a distinguir e a identificar os motivos, ou seja, se chora por fome ou por dor para poder responder adequadamente às suas necessidades de forma a acalmá-lo (Tamez, 2013). Com as crianças mais tímidas ou com dificuldades em comunicar, os enfermeiros utilizavam o brincar, o desenhar e o escrever. Durante o estágio no SIP, os desenhos de uma criança fizeram a enfermeira orientadora interrogar a possibilidade daquela criança estar a enfrentar alguma situação problemática, tendo vindo posteriormente a confirmar-se a existência de uma história de *bullying*, situação

já referenciada pelos profissionais da escola aos profissionais de saúde. Através das estratégias de comunicação, como, por exemplo, o desenho, os enfermeiros conseguem avaliar dimensões do desenvolvimento físico, intelectual e social da criança (Hockenberry, 2014).

Os enfermeiros ao comunicarem adequadamente com a criança e o jovem, bem como com a sua família, identificam mais facilmente as suas preocupações, ansiedades e necessidades, facilitando a adesão ao tratamento, bem como a adaptação à doença e ao luto (Levetown, 2008). O brincar terapêutico é utilizado para reduzir consequências negativas como a ansiedade, o medo, as insónias e os pesadelos, provocados pela doença e pela hospitalização, bem como é utilizado na preparação da criança para procedimentos invasivos (Hockenberry, 2014).

Sendo um **desafio para mim comunicar com adolescentes** e sendo a enfermeira orientadora do SIP perita nesta área, observei-a e percebi que, na maior parte das vezes, a conversa com o adolescente tem três momentos, um momento a sós com o adolescente, um momento a sós com os pais e por fim em conjunto com o adolescente e os pais. Para o adolescente é muito importante a confidencialidade, e para garantir a sua confiança é essencial que no início da conversa o enfermeiro explique tanto aos pais ou outros cuidadores como ao adolescente, os limites da confidencialidade, e por isso a importância de uma conversa com os três momentos como referi anteriormente (Hockenberry, 2014). No CDC também presenciei a enfermeira orientadora a comunicar com um adolescente em processo de negação da sua doença crónica e a estratégia de comunicação que utilizou foi também um diálogo em três momentos.

3.1.2. Desenvolvimento de competências específicas na área da Promoção do Desenvolvimento Infantil

Dado o tema do projeto, tive a necessidade de **aprofundar conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e respetiva avaliação**. Nos estágios do SIP e do CDC identifiquei os instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados nos serviços, bem como observei e participei nas intervenções de enfermagem que avaliam e promovem o desenvolvimento infantil.

No SIP não existe implementada nenhuma Escala de Avaliação de Desenvolvimento Infantil, no entanto a maior parte dos enfermeiros conhecem a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, mas não a aplicam. A monitorização do desenvolvimento infantil através de um instrumento de avaliação, num serviço de internamento, é difícil, uma vez que a criança está doente e isso poderá influenciar o seu desempenho durante a avaliação (OE, 2010a). No entanto, a aplicação da Escala não é impossível e ao longo do estágio, em conjunto com a enfermeira orientadora, apliquei a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, sendo um exemplo de que a sua aplicação é possível neste contexto, mas tendo sempre em conta que a criança não está no seu ambiente habitual e se encontra doente. Outros motivos que levam os enfermeiros do SIP a não aplicarem uma Escala de Avaliação de Desenvolvimento Infantil é a falta de tempo e pelo facto de o sistema informático não lhes permitir o registo da avaliação.

O internamento, embora possa influenciar o desenvolvimento da criança, pode ser uma oportunidade para se detetar alguma alteração do desenvolvimento (OE, 2010a). Lembro-me de uma situação de uma criança com 12 meses que não vocalizava sons quando interagia com ela em tom de conversa. No acompanhamento a esta criança percebi que a mãe interagia pouco com a filha, porque não percebia a necessidade de estimular a criança. Neste sentido, relembro o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Sakraida, 2004), identifiquei que aquela mãe tinha uma experiência passada (comportamento anterior) que estava a influenciar o seu comportamento, ou seja a senhora era mãe pela segunda vez e, segundo ela, a primeira filha desenvolveu-se mais rapidamente que a segunda filha, sem ser necessário estimulá-la. Também foi identificado que a mãe acreditava “que as crianças se desenvolviam sozinhas” (barreira para a ação), sendo assim necessário desmistificar a falsa crença que a mãe tinha, ajudando-a a compreender que as crianças são diferentes umas das outras e a reconhecer as suas potencialidades de estimular e cuidar da sua filha, facilitando e promovendo o seu processo de desenvolvimento.

No estágio do CDC, com supervisão nas diferentes consultas de enfermagem, observei, prestei cuidados de saúde e realizei uma apreciação global da criança, do jovem e sua família. Nas Consultas de Neonatologia de *Follow-up*, a enfermeira

utilizava a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada para identificar o mais precocemente possível algum desvio no padrão normativo do desenvolvimento da criança e assim poder intervir rapidamente (DGS, 2013). Outros instrumentos são utilizados para a avaliação de desenvolvimento, como a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil *The Schedule of Growing Skills*, a Escala de Desenvolvimento Mental de *Ruth Griffiths* e o *Test of Infant Motor Performance*. Estes instrumentos permitem os profissionais de saúde identificar o risco ou a presença de alterações de desenvolvimento e as áreas a intervir, desenvolvendo estratégias com os pais de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança. É essencial incluir os pais na avaliação do desenvolvimento da criança, pois são eles que melhor conhecem a criança e é através de estratégias de parceria que se consegue promover o desenvolvimento infantil (OE, 2010a).

Ao longo dos turnos no SIP, de uma forma informal, identifiquei algumas intervenções promotoras do desenvolvimento infantil por parte dos enfermeiros, como a promoção do brincar e a realização de atividades de distração em procedimentos invasivos, adequando as atividades ao nível de desenvolvimento e grupo etário.

Relativamente aos registos, os sistemas informáticos utilizados na UCERN, no SUP e no SIP, não espelham de forma clara o trabalho de enfermagem, nomeadamente na área do desenvolvimento infantil, levando muitas vezes os enfermeiros a desvalorizarem a importância de monitorizarem e promoverem o desenvolvimento infantil. O sistema informático do CDC não estava parametrizado com as intervenções de monitorização e de promoção do desenvolvimento infantil, no entanto, as enfermeiras registavam as suas intervenções em notas de enfermagem.

Considero que as experiências anteriores me permitiram adquirir competências do EEESCJ na área da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil ao “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010b, p. 5).

Sendo o primeiro ano de vida, o período em que acontecem as principais mudanças físicas e biológicas e em que os latentes adquirem competências essenciais para responder ao ambiente que os rodeia (Wilson, 2014), é essencial

reconhecer a importância das intervenções do enfermeiro promotoras do desenvolvimento infantil nessa faixa etária.

O nascimento de um RN doente ou RNPT traz aos pais sentimentos como incapacidade, culpa e medo e muitas vezes, os pais afastam-se do seu filho (Tamez, 2013). A equipa de enfermagem tem que estar atenta às situações que possam interromper a vinculação e compete ao EEESCJ promover essa mesma vinculação (OE, 2010b). As intervenções de enfermagem são autónomas, interdependentes e delineadas mediante um plano de cuidados, elaborado em parceria com os pais. Na UCERN promove-se a vinculação, através do envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, no incentivo à amamentação e na prática do método canguru. O aleitamento materno tem um papel importante nas várias dimensões do desenvolvimento do RN, uma vez que previne infeções e doenças futuras como a diabetes e os linfomas, tem vantagens para a mulher porque permite a involução uterina mais precoce e previne o cancro da mama e também promove a vinculação entre mãe e filho (Levy & Bértolo, 2008). Assim as mães são incentivadas a amamentar, e quando por algum motivo não podem pernoitar na UCERN ou o RN por razões clínicas tem que ser alimentado por sonda, a mãe é incentivada a extrair o leite. A existência de uma sala de amamentação na UCERN, permite as mães amamentarem ou a extraírem o leite com mais privacidade.

Os RN's internados, principalmente os RNPT's, estão sujeitos a vários fatores como o barulho ou o ruído constante e súbito dos aparelhos, a iluminação ambiental intensa e os procedimentos invasivos, que não favorecem o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo (Tamez, 2013). Nos RNPT's, as interrupções frequentes do ciclo do estado de sono e alerta podem conduzir a consequências futuras, como dificuldades de atenção e aprendizagem (Tamez, 2013). Na UCERN observei uma preocupação constante, por parte dos enfermeiros, para minimizar os fatores que influenciam o desenvolvimento do RN. Os enfermeiros para minimizar o impacto negativo da luminosidade, preocupavam-se em ajustar a luminosidade do ambiente e utilizavam cobertas nas incubadoras dos RNPT's.

A promoção do desenvolvimento infantil é da competência do EEESCJ (OE, 2010b) e são inúmeras as intervenções que os enfermeiros têm perante este foco. Neste sentido, a enfermeira orientadora do estágio da UCERN, propôs-me uma

Revisão Sistemática da Literatura (RSL), que respondesse à questão “Quais as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil ao recém-nascido internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?” (Apêndice VI). Nesta RSL, as intervenções que mais se destacaram como fundamentais na promoção do desenvolvimento do RN internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) foram: a promoção da vinculação precoce através do método canguru, a presença e participação dos pais nos cuidados ao RN (parceria de cuidados), a promoção do sono tranquilo, a alteração frequente dos posicionamentos do RNPT e as intervenções que controlem o ambiente da UCIN como o som e a luminosidade (e.g. colocação de cobertas sobre as incubadoras). Estas intervenções vão de encontro às sete medidas neuroprotetoras do desenvolvimento do RN descritas no Modelo de Cuidados para o Desenvolvimento: (1) ambiente; (2) parceria com a família; (3) posição e manipulação; (4) promoção do sono; (5) minimizar a ansiedade e a dor; (6) proteção da pele; (7) otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013).

O nascimento de uma criança altera sem dúvida um sistema familiar e os pais ou outros cuidadores têm imensas dúvidas e inseguranças. O PNSIJ (DGS, 2013) vem orientar a prática de enfermagem, no sentido de os enfermeiros capacitarem os pais nos cuidados aos seus filhos. Assim em todos os momentos, desde a entrada no serviço à alta, os enfermeiros devem transmitir **orientações antecipatórias** às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2010b). Os cuidados antecipatórios são fatores de promoção da saúde e prevenção da doença da criança e do jovem, fornecendo aos pais ou outros cuidadores conhecimentos prévios que os ajudarão a compreender o desenvolvimento do seu filho e a prepararem-se antecipadamente para responderem às necessidades da criança e do jovem, promovendo o desenvolvimento infantil e a parentalidade (Brazelton, 2013; DGS, 2013). Consoante a capacidade de compreensão da criança e do jovem, as orientações também poderão ser dadas à própria (Hockenberry, 2014). Estas orientações permitem a capacitação das famílias e a aquisição de competências parentais (Hockenberry, 2014).

Ao longo das consultas de enfermagem no CDC são realizados cuidados antecipatórios, antevendo e esclarecendo dúvidas e preocupações dos pais, e tendo

em conta o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender foram identificados fatores e barreiras que influenciam o comportamento dos pais, como por exemplo, em vários momentos foi necessário esclarecer dúvidas aos pais sobre o desenvolvimento do RNPT, desconstruindo a ideia que o RN tinha uma alteração no desenvolvimento. No CDC também contatei com várias crianças e jovem com doença crônica e uma vez que essa condição aumenta o risco de alterações no desenvolvimento da criança, é essencial mostrar aos pais que muitas das intervenções promotoras do desenvolvimento não diferem das intervenções realizadas às crianças saudáveis. Nestas situações, a vinculação criança-pais e a parentalidade poderão estar comprometidas, resultado das hospitalizações frequentes que a doença acarreta e do luto que os pais vivem pela perda de uma criança perfeita (McElfresh & Merck, 2014), pelo que os enfermeiros devem intervir juntos da criança, do jovem e sua família com intervenções promotoras da vinculação. Estas crianças requerem assim mais cuidados de saúde e os enfermeiros devem articular-se com outros profissionais de saúde e fornecer aos pais ou outros cuidadores mais informações sobre os serviços e recursos existentes na comunidade (OE, 2011a).

Os enfermeiros do SIP, para tranquilizar os pais, muitas vezes fornecem orientações antecipatórias, no entanto, referiram ter alguma dificuldade em saber quais as temáticas que devem abordar em cada grupo etário, como por exemplo, com os adolescentes não sabem a partir de que idade deverão abordar as questões da sexualidade. Neste sentido, de acordo com o PNSIJ (DGS, 2013) realizei um resumo dos cuidados antecipatórios para cada grupo etário, designado **“Promoção do Desenvolvimento Infantil: Cuidados Antecipatórios à Criança, ao Jovem e Família”**, que ficou disponível no serviço para consulta nomeadamente dos enfermeiros (Apêndice VII). Também, em conjunto com as enfermeiras orientadoras, transmiti essas mesmas orientações antecipatórias às famílias das crianças ou dos jovens.

O SIP e o SUP são serviços do Hospital de referência da UCSP e tendo em conta o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, **identifiquei os comportamentos de saúde da família ou outro cuidador que prejudicam a criança ou o jovem**. Muitos dos pais não administram medicação antipirética antes de recorrerem ao SUP. Os enfermeiros mostraram um papel fundamental ao alertar a

família ou outros cuidador para o risco de convulsões e da importância da administração do antipirético o quanto antes. Também observei muitas crianças que recorriam ao SUP por obstipação, muitas delas eram obesas e não tinham uma alimentação adequada. Estas situações fizeram-me refletir o quanto é emergente reforçar os cuidados antecipatórios nas CVSIJ's, e o quanto isso poderá evitar as idas desnecessárias à urgência. Após a minha intervenção de sensibilizar os enfermeiros para a importância dos cuidados antecipatórios, os meus colegas da UCSP passaram a realizar cuidados antecipatórios às famílias nas CVSIJ's, utilizando como estratégia a leitura das informações que estão no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ).

Na UCERN surgiram algumas barreiras para adoção de comportamentos de saúde, como as falsas crenças em relação à amamentação, uma vez que algumas mães pensavam que não poderiam amamentar os seus filhos por estes se encontrarem internados. O enfermeiro tem, sem dúvida, um papel fundamental na desmistificação destas crenças. Relativamente, aos cuidados de higiene do RN, muitas vezes os pais sentiam-se inseguros, e o enfermeiro intervinham ajudando-os a acreditar nas suas potencialidades de cuidarem do seu filho. Os enfermeiros devem ser persistentes nas informações e nas orientações que transmitem aos pais, pois eles muitas vezes estão ansiosos e não conseguem assimilar tudo o que o enfermeiro lhes transmite.

Os comportamentos promotores do desenvolvimento infantil só são possíveis de alcançar através de uma prática de cuidados de enfermagem baseada na filosofia dos **CCF e no Modelo de Parceria de Anne Casey** (Hockenberry & Barrera, 2014; Casey, 1988 citado por Lee, 1998), filosofias presentes nos diferentes contextos de estágio. Segundo a filosofia dos CCF, os enfermeiros incluem a família nos cuidados aos seus filhos, tornando-os parceiros na prestação de cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014).

Num modelo de parceria dos cuidados, nos diferentes contextos de estágio, os enfermeiros reconhecem as rotinas e as necessidades da criança, e incentivam a família a participar ativamente nos cuidados da criança, durante o internamento, como, por exemplo, nos cuidados de higiene e de alimentação. A parceria dos cuidados é uma negociação entre o enfermeiro e os pais ou outros cuidadores, sendo que estes têm de ser capazes e estarem dispostos a colaborar nessa parceria (Casey,

1988 citado por Lee, 1998). O EEESCJ integra a criança, o jovem e a sua família na prestação de cuidados, num processo colaborativo com a equipa multidisciplinar (OE, 2015). No SIP, todas as crianças e os jovens internados têm o direito à presença permanente de um dos pais ou outros cuidadores, o que minimiza os efeitos negativos que a hospitalização provoca na criança, como alterações no desenvolvimento, nomeadamente ao nível do desenvolvimento cognitivo e emocional, com manifestações, como ansiedade, insónias e pesadelos (Jorge, 2004) ou alterações no desenvolvimento motor dos bebés (Panceri, Pereira, Valentini & Sikilero, 2012). Esta filosofia vai de encontro aos direitos afirmados na Carta da Criança Hospitalizada, “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou os seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado” (IAC, 1998, p.7).

Outra estratégia para minimizar o impacto negativo da hospitalização é a existência de um ambiente lúdico, adequado ao desenvolvimento da criança (Panceri et al., 2012). Promover um clima de afetividade e de segurança é essencial para que a criança ultrapasse a ansiedade e o medo do desconhecido (OE, 2010a). Assim como estratégia promotora do desenvolvimento, é preciso proporcionar atividades lúdicas que sejam promotoras do desenvolvimento infantil.

Os profissionais de saúde do SUP e do SIP prestam cuidados de saúde às crianças ou aos jovens com idade até aos 17 anos e 365 dias (Despacho nº 9871/2010). Este alargamento da idade pediátrica traz grandes desafios à instituição e aos enfermeiros, uma vez que estes têm de reorganizar a sua intervenção perante indivíduos em vários estádios de desenvolvimento. A sala de espera do SUP e a sala de convívio do SIP são espaços com brinquedos e com paredes decoradas de desenhos, permitindo à criança afastar momentaneamente o sentimento de sofrimento. No entanto, tornam-se demasiadas infantis para os adolescentes, pelo que seria necessário, uma sala mais adaptada à sua fase de desenvolvimento permitindo uma maior privacidade, fundamental neste grupo etário. A sala de atividades do SIP poderia ter mais livros e jogos adequados à idade, no entanto, destaco a preocupação constante, por parte de toda a equipa, na privacidade dos adolescentes e no cuidado em internar no mesmo quarto crianças ou adolescentes de grupos etários próximos. Na sala de internamento de curta duração do SUP, onde as crianças passam mais tempo, seria importante que os enfermeiros promovessem mais o brincar, estimulando

a criança e disponibilizando mais brinquedos. O limitado espaço físico do SUP torna-se pouco promotor do desenvolvimento, pois seria fundamental um espaço para a amamentação, de forma a promover o aleitamento materno. Estas sugestões foram deixadas na reflexão que me foi proposta pela enfermeira orientadora de estágio do SUP, **“Promoção do Desenvolvimento Infantil no Serviço de Urgência de Pediatria - Um Olhar Reflexivo”** (Apêndice VIII).

Com estas atividades considero ter desenvolvido competências comunicacionais com os pais e ao nível da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, através da transmissão de “orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” (OE, 2010b, p.5) e da procura sistemática de “oportunidades para trabalhar com a família (...) no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2010b, p.3).

3.1.3. Promoção do desenvolvimento infantil nos Cuidados de Saúde Primários

Os CS são o primeiro acesso da população, no que respeita a cuidados de saúde, tendo importantes funções no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e articulação com outros serviços para garantir a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

A UCSP é uma Unidade de Saúde que presta cuidados de saúde personalizados à população, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro). A UCSP tem uma equipa composta por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais. A UCSP, onde exercia funções e onde realizei um dos estágios deste percurso, tem a particularidade de ter agregado um Serviço de Atendimento Permanente (SAP) que funciona 24 horas por dia.

Dado a temática do projeto, tendo por base a problemática identificada, foi essencial **identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a importância que atribuem à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida.**

Para tal, iniciei o estágio na UCSP com a **apresentação do projeto** (Apêndice IX) à equipa multidisciplinar da UCSP e da UCC e posteriormente realizei uma **reunião com a equipa de enfermagem** (Apêndice X), para discussão das dificuldades sentidas e sugestões para melhorar as práticas de cuidados de enfermagem na CVSIJ, permitindo-me adequar a minha intervenção às dificuldades dos enfermeiros. Neste sentido, uma vez que os enfermeiros referiram alguma insegurança na aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, bem como dificuldades em outras questões do desenvolvimento infantil, surgiu a necessidade de realizar uma **formação**, a qual intitulei de “**Promoção e Avaliação do Desenvolvimento Infantil no primeiro ano de vida**” (Apêndices XI e XII).

De uma forma geral, os enfermeiros da UCSP referem que a promoção e avaliação do desenvolvimento infantil são essenciais para a deteção precoce de alterações no desenvolvimento da criança, permitindo um encaminhamento adequado, no sentido de atenuar eventuais consequências negativas para a saúde da criança. No entanto, os enfermeiros atribuíam a avaliação do desenvolvimento, ao médico, sendo esta formação essencial para esclarecer que a avaliação do desenvolvimento é um trabalho de equipa multidisciplinar e essencial para os enfermeiros adequarem a sua intervenção no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil. Após a formação foi notória a adesão dos meus colegas da UCSP à utilização sistemática de um instrumento para avaliação do desenvolvimento das crianças, mais especificamente da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Esta prática é essencial na assistência à criança, uma vez que a utilização de um instrumento sistematizado facilita a realização da vigilância do desenvolvimento infantil e o diagnóstico de possíveis alterações (Reichert, Collet, Eickmann & Lima, 2015).

Outra dificuldade que os enfermeiros da UCSP referiram, prende-se com o material necessário para a CVSIJ, que na maioria das vezes, ou não existe no serviço, ou está desadequado. Para que fosse possível a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, e por não existir na UCSP o material necessário à sua aplicação, providenciei uma **caixa com o material necessário à aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan**

Modificada (Apêndice XIII). Na formação anteriormente referida esta caixa foi apresentada e explicada a utilização dos diferentes objetos.

Os enfermeiros da UCSP também verbalizaram outra dificuldade, que se prendia com a carência de profissionais na UCSP, motivo pelo qual havia um enfermeiro por turno, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados. Outra das dificuldades dos enfermeiros é o tempo que têm para a realização da CVSIJ, que é completamente desadequado, não sendo assim possível fazer uma avaliação reflexiva e ponderada dos parâmetros do desenvolvimento que se pretendem avaliar. O tempo destinado às CVSIJ's não permite que os enfermeiros validem os índices dos parâmetros antropométricos e os resultados da escala de avaliação do desenvolvimento, e os interpretem para poder tomar decisões adequadas a cada situação e a cada criança. Loureiro e Miranda (2010) referem também que a limitação de tempo que os profissionais têm durante as CVSIJ's não permite responder adequadamente às necessidades dos pais, levando-os a recorrer à urgência por situações desnecessárias. Atendendo que será difícil aumentar o tempo para as CVSIJ's e tendo em conta a qualidade das CVSIJ's que se pretende alcançar, é urgente que a equipa de enfermagem reflita sobre as práticas de cuidados e repense em novas estratégias de intervenção no cuidado à criança, ao jovem e sua família.

Os registos são um meio de comunicação entre a equipa multidisciplinar e constituem um documento legal para a equipa de saúde, para o cliente e para a instituição (Cadette & Oliveira, 2009). Para os enfermeiros, os registos permitem a individualização e a reflexão da qualidade dos cuidados prestados, bem como a garantia da continuidade dos mesmos (Cadette & Oliveira, 2009). O sistema de informação de enfermagem utilizado na UCSP está parametrizado com o aplicativo informático SClínico que utiliza na sua terminologia, a versão Beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003). A OE (OE, 2007) construiu um documento designado por Resumo Mínimo de Dado de Enfermagem, e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2017) construiu um documento designado por Bilhete de Identidade dos Indicadores dos CSP, ambos com vista a definir linhas gerais que possibilitem a produção automática de vários indicadores de enfermagem. Nestes documentos são apresentados indicadores que possibilitam identificar os ganhos de saúde da

população e traduzem de forma clara o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2007). Tendo em conta os indicadores propostos pela OE (2007) e pelo ACSS (2017), os focos da CIPE (Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003) parametrizados no SClínico utilizado na UCSP, a realidade das CVSIJ's no primeiro ano de vida e as dificuldades da equipa de enfermagem, realizei um **procedimento de trabalho** (Apêndice XIV) com o objetivo de assegurar a qualidade e a uniformização dos registos de enfermagem nas Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil durante o primeiro ano de vida.

Com estas atividades desenvolvi competências de EE no domínio da melhoria da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens dos profissionais (OE, 2011b).

Para promover o desenvolvimento infantil é essencial incluir os pais e para tal é necessário **identificar as necessidades dos pais na vigilância da saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida.**

Favorecer atividades que promovam o desenvolvimento da criança é um trabalho de parceira entre os enfermeiros e as famílias (Serapioni, 2005). Nas CVSIJ's, e na opinião dos enfermeiros da UCSP, a principal preocupação dos pais é relativa às questões da vacinação, à exceção dos pais de etnia cigana. No primeiro momento de vacinação, percebe-se que os pais não sabem as principais reações adversas da vacina e nem como atuar caso ocorram. Segundo os enfermeiros da UCSP, os pais também se preocupam que o seu filho não esteja a aumentar de peso e em geral não têm perceção do tamanho do estômago do seu bebé, achando que o seu filho mama pouco. Durante as CVSIJ's, tem-se constatado que os pais cometem erros alimentares quando são introduzidos os alimentos, entre outros aspetos, por desconhecimento. Para responder a estas necessidades dos pais foram instituídas, nas CVSIJ's, algumas estratégias como: informação aos pais sobre o calendário de vacinação; entrega do folheto informativo da DGS (2017) "Febre na Criança/Adolescente"; e demonstração de circunferências com dimensões que exemplificam o tamanho do estômago do bebé, consoante o número de dias que tem.

Neste seguimento, e porque uma nutrição desadequada interfere com a evolução do sistema neurológico do bebé (Guerra, Rêgo, Silva, Ferreira, Mansilha, Antunes & Ferreira, 2012), foi elaborado um **folheto informativo sobre "Alimentação no Primeiro Ano de Vida"** (Apêndice XV). A introdução de plano

alimentar diversificado é um marco no desenvolvimento do bebê, uma vez que aos 4 meses os latentes adquirem competências motoras, como maior estabilidade do pescoço e maxilar, e o seu padrão de sucção começa a alterar-se, permitindo que este inicie uma alimentação diversificada (Guerra et al., 2012).

O início da alimentação diversificada é um momento que os pais anseiam pelo que, por vezes, querem iniciá-la o mais rápido possível. Os enfermeiros devem incentivar a amamentação exclusiva até aos 6 meses e devem explicar aos pais o desenvolvimento do seu filho, no sentido de perceberem quando é que este está apto para experimentar novos sabores e texturas, pois um plano alimentar diversificado e seguro permite uma evolução maturativa do neuro-desenvolvimento do bebê (Guerra et al., 2012). Um dos erros habituais com que frequentemente me deparei durante as CVSIJ's é que a maioria dos pais colocavam o azeite na sopa durante a sua confeção, cozendo assim também o azeite. O azeite é importante para desenvolvimento do sistema nervoso central, da retina e do sistema imunológico, mas tem que ser cru, porque cozido torna-se uma gordura saturada, prejudicial à saúde (Guerra et al., 2012). Percebi também que os pais têm muito receio aquando a introdução de alimentos não triturados, pois receiam que o bebê se engasgue. O enfermeiro tem que ajudar os pais a diminuírem os seus receios, pois a introdução de alimentos menos triturados ao 8º mês, como por exemplo o pão, é essencial para estimulação da mastigação e do desenvolvimento oromotor da criança (Guerra et al., 2012).

O EEESCJ “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” (OE, 2010b, p. 3), numa procura sistemática de “oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2010b, p. 3).

Em geral, a opinião que os pais têm da UCSP, é que esta Unidade de Saúde não responde às necessidades do seu filho, uma vez que têm dificuldade em agendar uma consulta médica, sendo obrigados a recorrer ao serviço privado e ao Hospital. Quanto à consulta de enfermagem referem que até conseguem agendar, e recorrem quando tem dúvidas, mas queixam-se do tempo de espera. Para eles os enfermeiros são fundamentais na vigilância de saúde do seu filho, porque são os enfermeiros que os aconselham em várias vertentes.

Os enfermeiros da UCSP referem que os pais têm necessidade de apoio, pois precisam de obter informação correta, apropriada e adequada ao nível de desenvolvimento dos seus filhos, de aprender técnicas que lhes permitam cuidar deles de forma correta e adequada, e sentindo maior segurança. Apoiar o papel parental foi assim uma intervenção de enfermagem que também foi acrescentada na CVSIJ, incentivando a participação dos pais nos cuidados ao seu filho, de acordo com as suas competências e situação de saúde da criança. A vigilância e o tratamento do coto umbilical, os cuidados à pele, o choro do bebé e as cólicas foram alguns temas abordados e reforçados juntos dos pais.

O **incentivo à amamentação** foi uma intervenção que os enfermeiros entenderam como prioritária à promoção do desenvolvimento da criança, pelos benefícios que o leite materno apresenta e os quais já referi anteriormente. Cerca de 90% das mulheres portuguesas iniciam aleitamento materno, mas mais de metade desiste de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé (Levy & Bértolo, 2008). Os enfermeiros da UCSP referiram que sentem que muitas mães desistem de amamentar por terem dúvidas que, muitas vezes, não são esclarecidas e por isso não se sentem apoiadas. Uma vez que a equipa da UCSP tem uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) e eu como futura EEESCJ, tentamos que na primeira consulta, e sempre que o enfermeiro generalista pensar ser necessário, esteja presente um enfermeiro especialista para poder responder às necessidades das mães durante a amamentação. Durante as consultas de saúde materna, a EEESMOG incentiva as mães a amamentar e esclarece dúvidas de forma a prepará-las para o momento da amamentação. Os enfermeiros em todas as consultas mostraram-se disponíveis para responder às dúvidas das mães, através do contacto telefónico ou através do contacto no Centro de Saúde em qualquer hora, uma vez que esta UCSP tem agregado o SAP 24 horas, como referi anteriormente. Para prevenir e responder a algumas dificuldades que possam surgir na amamentação, são também entregues às mães, na primeira consulta, dois folhetos da DGS (2007) “Amamentação – Como resolver pequenos problemas?” e “Extração e Conservação de Leite Materno”.

Analisando à luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, vários são os **fatores que influenciam o desenvolvimento da criança** e várias são as falsas

crenças que os pais têm, como por exemplo a maior parte das mulheres não amamentam exclusivamente até aos 6 meses porque acreditam que se o bebé iniciar a alimentação diversificada aos 4 meses vai ser mais saudável. Outro fator que influencia o desenvolvimento da criança são as questões da barreira linguística, muito importantes atualmente no nosso país face ao elevado número de imigrantes. Durante uma CVSIJ a uma criança de 20 meses, em que os pais eram oriundos de outro país e falavam outra língua, a criança apresentava alterações no desenvolvimento da linguagem por falta de estimulação. A criança durante o dia ficava sozinha ao cuidado de uma ama portuguesa, pelo que a criança não tinha oportunidade de comunicar com outras crianças da sua idade. Os pais não tinham capacidades económicas para colocar a criança num infantário, e referiam ter pouco tempo para brincar com a criança, mas percebiam que seria importante para o desenvolvimento do seu filho. Segundo Cabral e Figueiredo (2006), o nível socioeconómico da família tem um forte impacto no desenvolvimento da criança e atualmente os pais trabalham muitas horas para dar resposta às necessidades básicas do seu filho, ficando sem tempo ou dinheiro para ajudar o seu filho a atingir “a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” (OE, 2010b, p.5).

O “Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade” desenvolvido no Hospital de referência da UCSP e o qual eu já abordei anteriormente é sem dúvida uma oportunidade e ajuda para os pais desenvolverem competências parentais, no entanto a maioria dos pais referem não ter condições económicas para a deslocação e por isso pedem frequentemente nas CVSIJ's a existência de um curso de preparação para a parentalidade na UCSP. Como a UCSP tem na sua equipa uma EEESMOG, essa mesma enfermeira já sugeriu à diretora a realização do curso. Caso se venha a desenvolver, sugeri à EEESMOG o envolvimento de alguns elementos da equipa no curso, bem como a minha colaboração como EEESCJ, com o intuito de estabelecer uma relação de confiança entre os enfermeiros e os pais.

Resumindo, as necessidades dos pais identificadas nas CVSIJ's assentam sobretudo nas necessidades básicas, como amamentação ou alimentação diversificada, imunização, higiene e vestuário, sono e repouso, brincar, disciplina, segurança, afetos e sexualidade, que a OE (2010a) define como necessidades básicas ao desenvolvimento da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Todo este percurso, pelos diversos contextos de estágio, vivenciando experiências únicas, permitiu-me adquirir e desenvolver as competências de EE e de EEESIP a que me propus. Cada local de estágio apresentou a sua especificidade, e todos foram para mim um desafio, uns pela sua complexidade e outros pelo ambiente desconhecido. Considero ter superado este desafio, sem dúvida por mérito do meu esforço, pela ajuda preciosa de todas as equipas de enfermagem, pela disponibilidade dos pais e das crianças com quem me cruzei, bem como pela ajuda da docente orientadora deste projeto.

Ao longo dos estágios percebi o quanto as equipas de saúde são importantes para as famílias e de uma forma geral, em todos os locais de estágio, constatei a gratidão manifestada pelos pais a todas as equipas, pelos cuidados prestados ao seu filho. Por exemplo, na UCERN as fotografias expostas na Unidade e o voltarem para uma visita, são provas dessa gratidão e satisfação.

Uma das minhas maiores dificuldades nos estágios do SUP e do SIP foi conseguir sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, uma vez que para muitos profissionais essa é uma área a valorizar sobretudo nos CSP. No entanto, consegui mobilizar as equipas para a importância de alguns sinais de alerta, que muitas vezes só são detetados em momentos como na urgência ou durante o internamento.

Ao longo dos estágios, prestei e colaborei em cuidados de enfermagem aos RN's, às crianças e aos jovens, utilizando como quadro de referência os CCF, a parceria dos cuidados, a promoção da vinculação e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, conceitos e modelos que me irão de certo acompanhar enquanto futura EEESIP. Dado a abrangência do tema, por vezes tive necessidade de focar a minha intervenção no primeiro ano de vida, nunca descurando os outros grupos etários.

O facto de a enfermeira orientadora do CDC ser coordenadora do mesmo e a enfermeira orientadora da UCSP segundo elemento, desempenhando funções de chefia na ausência da chefe, tive oportunidade de observar, de forma participativa, na gestão dos cuidados e dos recursos, o que me permitiu adquirir e desenvolver competências de EE no domínio da liderança e gestão dos cuidados e dos recursos

(OE, 2011b). A participação no 3º Workshop da Linha de Investigação “Emoções em Saúde” com o tema “Team Building: Gestão das emoções em Enfermagem”, também me permitiu adquirir conhecimentos e competências para a liderança de equipas.

Nas CVSIJ's foram identificadas como principais necessidades dos pais na vigilância da saúde dos seus filhos, as questões de necessidades básicas de vida, como a amamentação, o início da alimentação diversificada e a imunização, pelo que as intervenções de enfermagem se centraram nessas necessidades. As intervenções que mais se destacaram como fundamentais na promoção do desenvolvimento no primeiro ano de vida, nas CVSIJ's foram: a promoção da vinculação, a parceria de cuidados, o incentivo à amamentação, a avaliação do desenvolvimento e os cuidados antecipatórios. Após a organização e a melhoria da CVSIJ, constatei uma maior satisfação dos pais com a consulta de enfermagem, comentando que “não sabia que tinham este tipo de consultas cá”, “já fui a outros Centros de Saúde e não têm consultas com esta qualidade”.

De um modo geral, penso ter alcançado os objetivos definidos, através das atividades realizadas que, em muito, contribuíram para o desenvolvimento profissional e para o desenvolvimento do meu projeto em particular na área da promoção do desenvolvimento infantil. Existiram atividades que não foram possíveis realizar, tais como a aplicação de um breve questionário aos enfermeiros da UCSP e a realização de uma entrevista semiestruturada aos pais das crianças até um ano de idade, que se dirigissem às Consultas de Vigilância de Saúde Infantil da UCSP (Apêndice XVI). Embora a comissão de ética tenha respondido ao meu pedido para a aplicação desses questionários e entrevistas, não era possível, no tempo previsto para o estágio, responder às exigências impostas. Outro motivo pelo qual não foi dada continuidade a este processo, foi o facto de a UCSP ter sofrido uma reestruturação e uma reorganização dos recursos materiais e humanos com consequências no funcionamento da própria Unidade. Esta nova realidade implicou a reavaliação da situação, tendo procedido a algumas alterações ao meu próprio projeto respeitante a este estágio, encontrando diferentes estratégias para atingir os objetivos definidos. Os enfermeiros da UCSP referiram também que seria útil uma formação de SClinico, e nesse sentido procurei uma enfermeira especializada na área que se disponibilizou a realizar uma formação na UCSP. Esta formação foi proposta à enfermeira chefe que

concordou, mas por estar a decorrer a reorganização na UCSP, ficou pendente até que houvesse condições para a sua realização.

Outras sugestões para melhorar as práticas de enfermagem na CVSIJ dadas pelos enfermeiros da UCSP foram: a divulgação da primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido durante as consultas de saúde materna e obstétrica; agendamento das próximas consultas de enfermagem e médica; divulgação das idades-chave preconizadas no PNSIJ; e construção de um dossier Orientador de boas práticas onde se poderá consultar vários artigos/normas/programas de saúde atualizados sobre diferentes temas. Estas atividades já começaram a ser realizadas, no entanto, continuarão a ser desenvolvidas ao longo do tempo. Também surgiram outras sugestões que serão realizadas assim que for possível, como: folheto informativo ou poster dirigido aos pais com as principais reações alimentares alérgicas e como atuarem; folheto informativo ou poster dirigido aos pais com as atividades promotoras do desenvolvimento para cada grupo etário; e formação para os enfermeiros sobre o aleitamento materno. Foi também proposto à diretora executiva, em conjunto com elementos da equipa de enfermagem, a melhoria da organização e reestruturação do gabinete de enfermagem de saúde infantil, a qual teve um parecer positivo aguardando-se a sua concretização.

Após o término do último estágio, mudei de local de trabalho para uma UCSP que está inserida no mesmo ACES que a UCSP anterior, pelo que poderei futuramente realizar um diagnóstico das necessidades da equipa multidisciplinar, na área do desenvolvimento infantil, bem como das necessidades dos pais que recorrem à UCSP. Acreditando que a investigação em Enfermagem, só faz sentido se a mesma contribuir para melhorar a prática de cuidados, futuramente poderei também divulgar os resultados obtidos, de modo a permitir a reflexão sobre os mesmos, procurando fundamentá-los com evidência científica.

Se eventualmente também for adequado, poderei no novo contexto de trabalho, desenvolver algumas das atividades que realizei neste percurso, como por exemplo o procedimento de trabalho dos registos de enfermagem e o folheto sobre a alimentação no primeiro ano de vida.

O Hospital de referência da UCSP onde me encontro atualmente a exercer funções é o mesmo que o da UCSP anterior, pelo que todas as experiências que

vivenciei, os conhecimentos que adquiri, essencialmente ao nível da articulação dos cuidados, bem como todas as competências que desenvolvi, serão de certo importantes contributos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como a satisfação das crianças e das suas famílias, inscritas neste meu novo contexto de trabalho.

Prosseguirei o meu desenvolvimento profissional através de formações, para que possa continuar a desenvolver cuidados de qualidade, com conhecimentos atualizados e adequados às necessidades das crianças, dos jovens e das suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. doi: 10.1590/S0104-07072005000300008.
- Alexandre, A. M. C., Labronico, L. M, Maftum, M. A. & Mazza, V. A. (2012). Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(2). 272-279. Acedido a 04/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a02v46n2.pdf>
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. doi: 10.1053/j.nainr.2012.12.002.
- American Academy of Pediatrics (2017a). Bright Futures Health Supervision Visits. In American Academy of Pediatrics. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4.^a ed., pp. 258-274). Estados Unidos da América: American Academy of Pediatrics. Acedido a 03/01/2018. Disponível em: <https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4IntroToVisits.pdf>
- American Academy of Pediatrics (2017b). Infancy Visits – Prenatal Through 11 Months. In American Academy of Pediatrics. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4.^a ed., pp. 258-274). Estados Unidos da América: American Academy of Pediatrics. Acedido a 03/01/2018. Disponível em: <https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4IntroToVisits.pdf>

- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta 2 (2.^a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Bee, H. & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento* (12.^a ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blair, M. & Hall, D. (2006). From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Archives of Disease in Childhood*, 91(9), 730–735. doi: 10.1136/adc.2004.065003.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. Acedido a 08/03/2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1737/8413f37060b3b705b7158af59d61d3cb3385.pdf>
- Cabral, I. E. & Figueiredo, J. E. F. (2006). *Enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cadette, M. & Oliveira, V. (2009). Anotações do enfermeiro no acompanhamento e crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 301-306. Acedido a 02/02/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

- Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração de Alma – Ata*. União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, 6-12 de Setembro de 1978. Acedido a 20/06/2017. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Couto, G.R. (2006.) Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 190-198. doi: 10.1590/S0104-11692006000200007.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). *Diário da República I Série*, N.º 38 (22-02-2008) 1182-1189.
- Decreto-Lei nº281/2009 de 6 de Outubro (2009). *Diário da República I Série*, N.º 193 (06-10-2009) 7298-7301.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. *Diário da República II Série*, N.º 112 (11-01-2010) 32123.
- Dias, M. R., Duque, A. F., Silva, M.G. & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 463-473.
- Direção-Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: DGS. Acedido a 11/01/2018. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno/folhetos-de-apoio.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Norma nº 002/2015. Lisboa: DGS. Acedido a 30/10/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-06032015.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Relatório 2015*. Lisboa: DGS. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/relatorios.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2017). *Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. Norma nº 017/2017. Lisboa: DGS. Acedido a

20/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172017-de-04082017.aspx>

- Erikson, E. H. (1976). *Infância e sociedade* (2.^a ed.). Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Ferreira da Silva, L. (2005). *Saúde/Doença é questão de cultura - Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal*. Porto: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Figueiras, A.C., Souza, I. C. N., Rios, V.G. & Benguigui, Y. (2005). *Manual para a Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-38.
- Grupo Português de Triagem (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Lisboa: Grupo Português de Triagem. Acedido a 30/10/2017. Disponível em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/>
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), 17-40.
- Hockenberry, M.J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC
- Institute for Patient and Family-Centered Care (2016). *Advancing the practice of patient and family-centered care in primary care and other ambulatory settings: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care. Acedido a 15/03/2018. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>
- Irlam, L. K. & Bruce, J. C. (2002). Family-Centred Care in Paediatric and Neonatal Nursing – A Literature Review. *Curationis*, 5(3), 28-34. doi: 10.4102/curationis.v25i3.781.

- Irwin, L. G., Siddiki, A., & Clyde, H. (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. Vancouver: World Health Organization.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
- Kenyon, E. & Barnett, N. (2001). Partnership in nursing care (PINC): the Blackburn model. *Journal of Child Health Care*, 5(1), 35-38. doi: 10.1177/136749350100500106.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Maior, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Lee, P. (1998). An analysis and evaluation of Casey's conceptual framework. *International Journal of Nursing Studies*, 35(4), 204-209. doi: 10.1016/S0020-7489(98)00031-5.
- Levetown, M. (2008). Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to. *Pediatrics*, 121, e1441 – e14460.
- Levy, L & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Acedido a 8/10/2017. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf
- Loureiro, I. (2009). Competências para promover a saúde. *Revista portuguesa de pedagogia*, 43(2). 81-103. doi: 10.14195/1647-8614_43-2_5.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Mano, M.J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência*, 8. 53-61.
- Mao, P., Feng, H., Xu, S., Liu, J., Li, H., Zhang, Y., & Ye, Y. (2018). Well-child care delivery in the community in China: Related factors and quality analysis of services. *Plos One*, 13(1), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0190396.
- Martinez, E.A., Tocantins, F.R. & Souza, S.R. (2013). Comunicação e assistência de enfermagem a criança. *Revista Gaucha Enfermagem*, 34(1) 37-44.

- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures: Lusociência.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Vaughn, B., Santos, A. J., & Fernandes, M. (2008). Análise do fenómeno de base segura em contexto familiar: As relações criança/mãe e criança/pai. *Psicologia*, 22(1), 104-125. Acedido a 02/10/2017. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1183/1/Psicologia%2022%281%29%20105.pdf>
- Nogueira, R. A. M., Lavor, V. F.T., Siqueira, A. ã. O. B., Barros, L.M., Frota, N. M., & Luna, I. T. (2013). Affective participation of parents in child support in intensive care unit. *Journal Of Nursing Universidade Federal de Pernambuco*, 7(4), 1128-1135. doi: 10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201308.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: OE. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de desenvolvimento profissional. Lisboa: OE. Acedido a 01/05/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_32_abril_2009.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume III*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento nº 122/2011 de 18 Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*. Nº35. (18-02-2011). 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, nº 119 (22-06-2015) 16660-16665.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, nº 133 (12-06-2018) 19192-19194.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*, 1(1), 9.
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Região Africana da OMS: Mais Saúde para as Pessoas*. Genebra: OMS. Acedido a 23/09/2017. Disponível em: <http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/3606/ARHR-2014-po.pdf>
- Papalia, D. E. & Martorell, G. (2015). *Experience human development* (13.ª ed.). New York: McGraw-Hill International.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8.ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121–132. doi: 10.12707/RIV16030.
- Panceri, C., Pereira, K., Valentini, N. C., & Sikilero, R. (2012). The influence of hospitalization on motor development of infants admitted to Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 32(2), 161–168.
- Pender, N. J.; Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Essex: Pearson Education Limited.

- Pfetscher, S. A. (2004). Florence Nightingale: Enfermagem Moderna. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed., pp. 73-94). Loures: Lusociência.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1979). *A psicologia da criança do nascimento à adolescência*. Lisboa: Moraes Editores.
- Reichert, A.P.S., Collet, N., Eickmann, S. H. & Lima, M. C. (2015). Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 954-62. doi: 0.1590/0104-1169.0272.2636.
- Sanders, J. (2014). A criança hospitalizada. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1118). Loures: Lusociência.
- Santos, S., Santos, E., Ferrão, A. & Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. *Nascer e Crescer. Revista do hospital de crianças Maria Pia*, XX(1), 16-19.
- Sakraida, T. J. (2004). Nola J. Pender: Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed., pp. 699-718). Loures: Lusociência.
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10, 243-253. Acedido a 16/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), p. 11-20.
- Shields, L. A. (2002). The Parent-Staff Interaction Model of Pediatric Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(6), 442-449. doi: 10.1053/jpdn.2002.123526.
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tomey, A. N. & Alligood, M. R. (2004). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In A. N. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed., pp. 3-14). Loures: Lusociência.
- Veríssimo, M., Fernandes, C., Santos, A. J., Peceguina, I., Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (2011). A relação entre a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento

da competência social em crianças de idade pré-escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 292-299. doi: 10.1590/S0102-79722011000200010.

Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 1.18(3), 235-240. Acedido a 04/05/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

Whitehouse, A. J., Granich, J., Alvares, G., Busacca, M., Cooper, M. N., Dass, A., & ... Anderson, A. (2017). A randomised controlled trial of an iPad-based application to complement early behavioural intervention in Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 58(9), 1042-1052. doi:10.1111/jcpp.12752.

Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Latente e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 491-552). Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I

Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

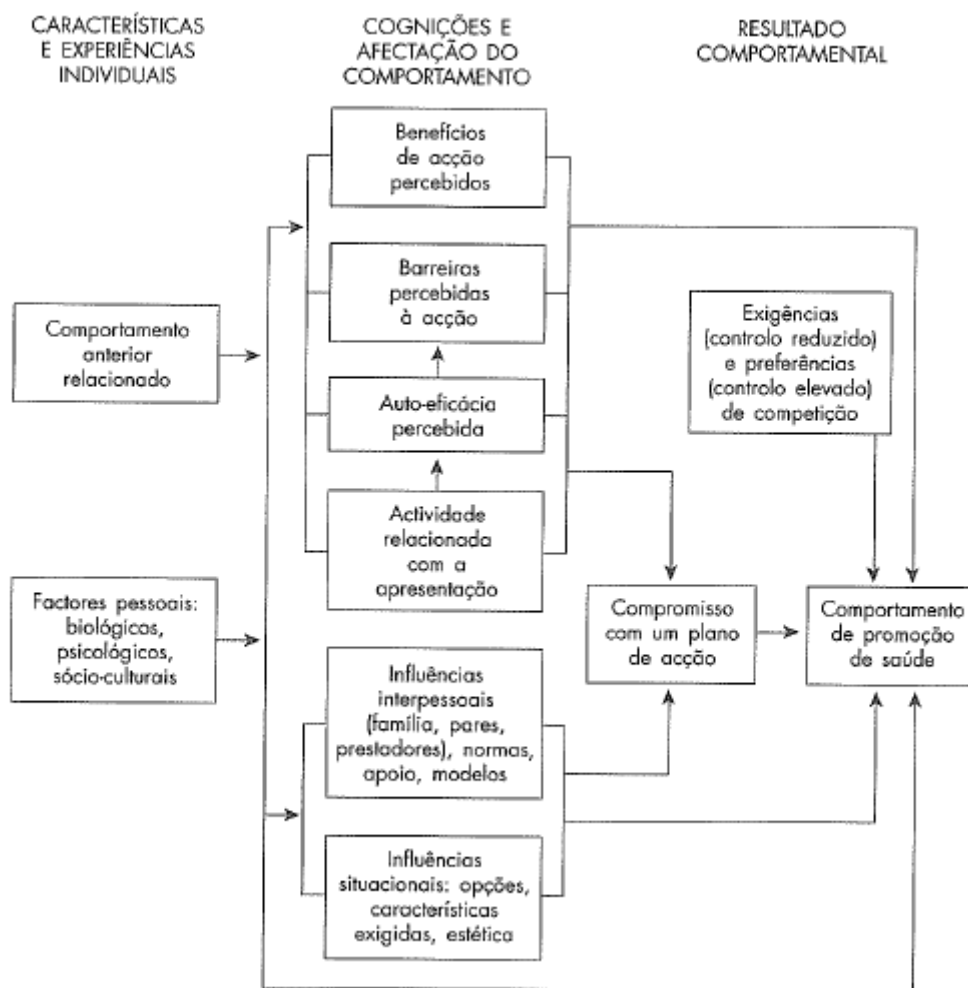


Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Fonte: Sakraida (2004, p. 703).

APÊNDICES

APÊNDICE I

Quadro 1. Cronograma dos Estágios

Quadro 1. Cronograma dos Estágios

Ano	2017														2018								
Mês	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				
Dias	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26
Serviço	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	30	5	12	19	26	2	9	16	23	2
Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN)													F É R I A S										Elaboração e Apresentação do Relatório
Serviço de Urgência de Pediatria (SUP)																							
Serviço de Internamento de Pediatria (SIP)																							
Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC)																							
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)																							
Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)																							

APÊNDICE II

**Planeamento das Atividades, Recursos e Competências a desenvolver
atendendo aos objetivos**

Quadro 1. Planejamento das atividades, recursos e competências a desenvolver atendendo aos objetivos

Objetivo Geral: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem para a prestação de cuidado à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento em diferentes contextos de prática.

Objetivo Específico: Adquirir competências no cuidado à criança ou ao jovem em situações de maior complexidade.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Observação e participação nas intervenções de enfermagem pelo EEESCJ ao recém-nascido, à criança, ao jovem e sua família com doença aguda, crônica, rara ou com alterações do desenvolvimento; • Conhecimento do sistema de triagem e colaboração neste processo; • Colaboração do acolhimento do recém-nascido, da criança, do jovem e da sua família no serviço: apresentação da equipa, normas de funcionamento e possível ambiente (desde a existência de uma sala de amamentação a uma sala de adolescentes); • Preparação dos pais para a alta ou transferência. 	UCERN; SUP; SIP; CDC.	Materiais: ✓ Computador; ✓ Regulamento de Competências do EEESCJ; ✓ PNSIJ; ✓ Documentos dos serviços. Humanos: ✓ EEESCJs; ✓ Orientadores de Estágio; ✓ Enf. Chefe;	E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E2. – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. 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.

<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados não traumáticos. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar. 	<p>E2.3 Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010)</p>
--	--	--	---

Objetivo Específico: Conhecer estratégias de articulação promotoras da continuidade de cuidados.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos recursos na comunidade que garantam a continuidade de cuidados; • Participação e referenciação, em conjunto com o enfermeiro orientador, de recém-nascidos/crianças/jovens com necessidades de cuidados especiais no domicílio, caso existam situações durante o período de estágio; • Participação e referenciação, em conjunto com o enfermeiro orientador, das crianças ou dos jovens com doença crónica ou alterações de desenvolvimento para serviços de especialidades, caso existam situações durante o período de estágio; 	<p>Todos os contextos</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ Regulamento de Competências do EEESCJ; ✓ PNSIJ; ✓ Documentos dos serviços. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ EEESCJs; ✓ EE; ✓ Orientadores de Estágio; ✓ Enf. Chefe; 	<p>E1. – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E 1.1 – 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.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento de normas, protocolos e projetos instituídos nos serviços; • Reunião com a Enfermeira Coordenadora da UCC para conhecimento de normas, protocolos e projetos existentes no âmbito da saúde infantil; • Observação reflexiva da dinâmica de trabalho da Equipa Local de Intervenção, integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (CDC e UCSP). 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa Multidisciplinar 	<p>E2. – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.</p> <p>E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010)</p>
<p>Objetivo Específico: Identificar estratégias de comunicação utilizadas pelo EEESCJ com as crianças, os jovens e as suas famílias.</p>			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos enfermeiros na comunicação com o recém-nascido, a criança, o jovem e sua família; • Adequação de técnicas de comunicação, atendendo à situação do recém-nascido, da criança, do jovem e da família. 	<p>UCIN; SUP; SIP; CDC.</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ Regulamento de Competências do EEESCJ. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ EEESCJ; ✓ Orientadores de Estágio. 	<p>E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010)</p>

Objetivo Geral: Desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil.

Objetivo Específico: Aprofundar conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e respetiva avaliação.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados; • Observação e participação nas intervenções de enfermagem, que avaliem e promovam o desenvolvimento infantil. 	SIP; CDC.	Materiais: ✓ Computador; ✓ Regulamento de Competências do EEESCJ; ✓ PNSIJ; ✓ Documentos dos serviços. Humanos: ✓ EEESCJ; ✓ Orientadores de estágio; ✓ Equipa Multidisciplinar.	<p>E3. – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010)</p>

Objetivo Específico: Reconhecer a importância das intervenções do enfermeiro promotoras do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de intervenções promotoras do desenvolvimento infantil, por parte dos enfermeiros; • Colaboração no incentivo à amamentação como promotor do desenvolvimento infantil; • Participação nos cuidados de enfermagem de forma a promover a vinculação pais-bebés prematuros; • Incentivo à participação dos pais nos cuidados ao seu filho, de acordo com as suas competências e situação de saúde da criança; • Realização de cuidados antecipatórios promotores do desenvolvimento infantil. 	<p>Todos os contextos</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ Livros; ✓ Regulamento de Competências do EEESCJ; ✓ PNSIJ; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ EEESCJ; ✓ EE; ✓ Orientadores de estágio; ✓ Equipa Multidisciplinar 	<p>E1. – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E 1.1 – 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.</p> <p>E3. – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E 3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010)</p>

Objetivo Específico: Identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a importância que atribuem à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um questionário; • Aplicação de um questionário aos enfermeiros; • Apresentação do projeto à equipa de enfermagem da UCSP e UCC; • Reunião com a equipa de enfermagem para discussão das dificuldades sentidas e de sugestões para melhorar as práticas de enfermagem na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil; • Planeamento de uma formação para os enfermeiros no âmbito da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, atendendo às necessidades identificadas; • Execução da sessão planeada. 	UCSP.	Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ Questionário; ✓ Bibliografia sobre o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender; ✓ Diapositivos com a apresentação do projeto; ✓ Guião da reunião. Humanos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de Enfermagem; ✓ Orientador de estágio; ✓ Equipa Multidisciplinar. 	<p>B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>C2.1 – Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.</p> <p style="text-align: right;">OE (2011)</p>

Objetivo Específico: Identificar as necessidades dos pais na vigilância da saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um guião de uma entrevista semi-estruturada; • Realização de uma entrevista aos pais; • Avaliação das necessidades dos pais na vigilância da saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida, durante as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil; • Elaboração de um folheto informativo dirigidos aos pais, de acordo com as principais necessidades identificadas. 	UCSP.	Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ Guião da entrevista. Humanos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de Enfermagem; ✓ EE; ✓ Enfermeira Chefe; ✓ Orientador de estágio; ✓ Equipa Multidisciplinar; ✓ Pais. 	<p>E1. – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E 1.1 – 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.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010)</p>

Objetivo Específico: Organizar as intervenções de enfermagem realizadas nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil, no primeiro ano de vida da criança.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar uma caixa com todo o material necessário para aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil; • Realização de um procedimento de trabalho sobre os registos de enfermagem para a Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil, no primeiro ano de vida; • Proposta à diretora executiva, de melhoria da organização e reestruturação do gabinete de enfermagem de saúde infantil, em conjunto com elementos da equipa de enfermagem. 	UCSP.	Materiais: ✓ Computador; ✓ SClínico; ✓ Material para a caixa da Mary Sheridan.; ✓ PNSIJ. Humanos: ✓ Equipa de Enfermagem; ✓ EE; ✓ Equipa Multidisciplinar.	<p>B2 – Concebe gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>C2.1 – Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>E3. – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E 3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p style="text-align: right;">OE (2010); OE(2011)</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 122/2011 de 18 Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*. Nº35. (18-02-2011). 8648-8653.

APÊNDICE III

Breve reflexão sobre a formação em serviço “Posicionamentos do Recém-Nascido Pré-Termo – Impacto no Desenvolvimento”

BREVE REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO EM SERVIÇO “POSICIONAMENTOS DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO – IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO”

Um Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) é um bebê que nasce com menos de trinta e sete semanas de idade gestacional (Bloch, Lequien & Provasi, 2006), por consequência de diversos fatores, como por exemplo múltiplas gravidezes, hipertensão na gravidez e problemas placentários (Askin & Wilson, 2014). Atualmente, nascer prematuro é um acontecimento cada vez mais frequente, sendo que cada vez mais os RNPT's têm maior viabilidade de sobrevivência, devido aos avanços científicos e tecnológicos e aos diagnósticos e intervenções cada vez mais precoces e eficientes (Askin & Wilson, 2014). Na Unidade de Cuidados Especiais aos Recém-Nascidos (UCERN) os profissionais de saúde não podem pensar apenas na sobrevivência do RNPT, mas também na qualidade de vida que este irá ter.

O RNPT ainda não tem o seu sistema musculoesquelético e neurológico completo e quando desprovido do seu espaço habitual tem posturas e movimentos inadequados (Tamez, 2013). A promoção de um posicionamento correto e adequado poderá influenciar positivamente o desenvolvimento do RNPT (Als & Gilkerson, 1997), tornando-se uma preocupação para os cuidados de enfermagem na UCERN.

No útero, o feto movimenta-se estendendo os braços e as pernas, encontrando resistência na parede uterina e no líquido amniótico, voltando à posição de flexão, mantendo sempre o alinhamento da cabeça, do tronco e das extremidades na linha mediana, pelo que posicionar o RNPT na posição fetal, imitando a posição que o feto adota no útero, contribui para o seu desenvolvimento musculoesquelético (Tamez, 2013). Os RNPT, principalmente os de 24^o semanas de gestação necessitam de ajuda para a mudança de decúbito, pois carecem de reservas de energia e força musculoesquelética e tendem a manter-se na mesma posição que foram colocados, mesmo que isso lhes cause dor (Tamez, 20013). Não alternar o decúbito no RNPT conduz a alterações no comprimento e elasticidade dos músculos e a contraturas

musculares (Souto & Reis, 2005), pelo que o oposto, ou seja, a mudança de decúbito frequente, promove o desenvolvimento do sistema musculoesquelético, melhora o padrão do sono e promove o crescimento simétrico da cabeça (Tamez, 2013). Na UCERN devido à instabilidade fisiológica dos Recém-Nascidos (RN) a manipulação frequente é evitada, no entanto as intervenções de rotina são agrupadas de forma a manipular e posicionar o RN de 3/3 horas.

Os posicionamentos podem ser alternados entre a posição supina, lateral e ventral. No quadro I identifica-se algumas vantagens e desvantagens de cada posicionamento para o desenvolvimento do RNPT (Tamez, 2013; Souto & Reis, 2005):

Quadro I – Vantagens e Desvantagens da posição supina, lateral e ventral

	Vantagens	Desvantagens
Posição supina	<p>Cabeça na linha mediana, diminui o achatamento lateral;</p> <p>Permite ao RNPT maior visualização do meio que o rodeia, aumentando o contacto social.</p>	<p>Mais agitação, desorganização motora, choro e alteração do padrão de sono;</p> <p>Hiperextensão da cabeça, pescoço e ombros;</p> <p>Retração escapular;</p> <p>Promove a extensão;</p> <p>Deformidade posicional de rotação externa de braços e pernas;</p> <p>Achatamento da cabeça (quando não é realizada a mudança frequente).</p>
Posição lateral	<p>Estimula flexão das extremidades;</p> <p>Promove atividade com as mãos, aproximação da mão à boca o que calma o RNPT;</p> <p>Permite ao RNPT maior visualização do meio que o rodeia, aumentando o contacto social;</p> <p>Promove a flexão e adução dos quadris e joelhos,</p>	<p>Achamento lateral da cabeça (quando não é realizada a mudança frequente);</p> <p>Difícil para manter a flexão nos RNPT's mais ativos e hipertônicos.</p>

	prevenindo a rotação externa dos quadris; Promove o desenvolvimento do tônus muscular.	
Posição ventral	Promove atividade com as mãos, aproximação da mão à boca o que calma o bebê; Facilita a extensão do pescoço e levantamento da cabeça; Previne assimetrias posturais de tronco e distúrbios de marcha; Estimula a adução de quadris e joelhos; Previne a rotação extrema de quadris.	Achamento lateral da cabeça (quando não é realizada a mudança frequente); Assimetrias motoras se não mantiver a posição correta; Dificulta ao RNPT a visualização do meio que o rodeia, diminuindo o contacto social; Não permite ao enfermeiro a visualização adequada do RNPT.

Devido ao crânio do RNPT ser mais frágil e fino, do que o crânio do Recém-Nascido de Termo (RNT), é ainda mais importante alternar o posicionamento para evitar o desenvolvimento de escafocefalia, achatamento e assimetria da calota craniana, pois isso conduzirá a alterações do desenvolvimento neurológico, crescimento cerebral e movimentos da cabeça e do pescoço (Tamez, 2013).

São muitas as consequências dos posicionamentos não adequados ao prematuro, como a dificuldade respiratória, torcicolos, deformidades cranianas, irritabilidade, alterações do padrão intestinal e do sono e dificuldades motoras (Tamez, 2013).

Os posicionamentos adequados aos RNPT's permitem pressões e forças nos músculos e articulações que conduzem ao desenvolvimento desses mesmos músculos e articulações e conseqüentemente ao desenvolvimento de movimentos mais coordenados do RNPT (Tamez, 2013). Para simular o ambiente fetal, os enfermeiros da UCERN dispõem de material específico, como o ninho e os rolos, que os ajudam a manter posicionamentos adequados. A contenção no RNPT facilita os movimentos organizados do RNPT durante a alimentação e os procedimentos dolorosos, e deixar as mãos sempre livres

próximas da boca promovem o conforto e a calma (Tamez, 2013). A elevação da incubadora para 30° também é importante para diminuir a pressão intracraniana (Tamez, 2013).

A formação que tive oportunidade de participar, bem como esta reflexão, permitiram-me aprofundar conhecimentos que contribuem para uma prática de enfermagem em neonatologia mais adequada às necessidades do RNPT e conseqüentemente a um desenvolvimento neuro-psico-motor do RN mais saudável. Os posicionamentos corretos nos RNPT's permitem não só a sobrevivência, mas também maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. & Gilkerson, L. (1997). The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminars Perinatology*, 21, 178-89. Acedido a 21/10/2017. doi: 10.1016/S0146-0005(97)80062-6.
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Bloch, H.; Lequien, P. & Provasi, J. (2006). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Souto, N. R. P.; Reis, A. R. G. R. (2005). Posicionamentos no recém-nascido pré-termo. *Revista Sinais Vitais*, 62, 36-41.
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICE IV
Instrução de Trabalho: Continuidade de Cuidados do Hospital
para a Comunidade

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Continuidade de Cuidados do Hospital para a Comunidade

1. OBJETIVOS

- Garantir a continuidade de cuidados de enfermagem após a alta do serviço de Pediatria.
- Uniformizar a referenciação da criança, do jovem e da família após a alta do serviço de Pediatria.

2. ÂMBITO

Esta instrução de trabalho aplica-se aos enfermeiros do Serviço de Pediatria, que inclui a UCERN (Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido), Internamento de Pediatria, SUPed (Serviço de Urgência Pediátrica) e UCIPed (Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria)

3. ENQUADRAMENTO

A hospitalização de uma criança ou de um jovem constitui apenas um momento no continuum do seu desenvolvimento e das suas necessidades em saúde. No entanto, é neste espaço que muitas vezes são diagnosticadas necessidades da criança, do jovem e da família que merecem uma resposta multidisciplinar dos diferentes níveis de cuidados. A transição da criança e do jovem do Hospital para o seu domicílio pode ser assim um processo complexo para toda a família (Sanders, 2014). Os enfermeiros têm um papel fundamental na readaptação funcional da criança e do jovem através da continuidade dos cuidados de enfermagem, do planeamento da alta das crianças e dos jovens internados, proporcionando os recursos necessários na comunidade (OE, 2001).

4. DESCRIÇÃO

4.1. REFERENCIAÇÃO TELEFÓNICA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Critérios para referenciação:

- Criança com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I ou outra patologia sobre a qual a criança, o jovem e sua família necessite de ensino, instrução e treino;
- Vacinação em atraso;
- Atraso de desenvolvimento;
- Família disfuncional;
- Papel parental comprometido;
- Erros alimentares e/ou obesidade;
- Cáries e/ou deficiente higiene oral;
- Não adesão ao regime terapêutico;
- Planeamento familiar;
- Suspeita de crianças ou de jovens vítimas de maus-tratos ou negligência e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina (DGS, 2013).

O enfermeiro deve confirmar com os pais ou outros cuidadores a Unidade de Saúde a que pertencem, o médico de família e o número de utente. Telefona para o Centro de Saúde e sempre que possível fala com o enfermeiro de referência, transmitindo a informação pertinente e dando a conhecer os diagnósticos e as necessidades de intervenção com a criança e a família.

Estabelece com o enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários uma data em que a família possa ser recebida na Unidade de Saúde ou em que possam realizar visita domiciliária.

- No momento da alta o enfermeiro informa os pais ou outros cuidadores oralmente e por escrito:
 - Do dia e da hora da consulta de enfermagem e/ou médica na Unidade de Saúde e a quem se devem dirigir;
 - Do dia e a hora prevista, no caso de visitação domiciliária.
- No momento da alta o enfermeiro regista no processo da criança: a necessidade de encaminhamento, o enfermeiro que foi contactado e o plano que foi estabelecido em termos de continuidade de cuidados.

4.2. REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS OU INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO ATRAVÉS DA CARTA DE ALTA

- O enfermeiro elabora a carta de alta de enfermagem no processo da criança.
- A carta de alta é editável e deve ser adequada a cada situação, contendo:
 - Motivo de internamento;
 - Alergias;
 - Diagnósticos e intervenções com continuidade após alta;
 - Realização de pensos, periodicidade e produtos utilizados;
 - Terapêutica para o ambulatório, dosagens e horários;
 - Estado da criança e da família no momento da alta;
 - Ensinos realizados;
 - Indicações que foram entregues (EX: Consultas ou exames que fiquem para marcar, folhetos informativos).
- A carta de alta pode ser enviada por e-mail para os interlocutores dos Cuidados de Saúde Primários identificados e cuja listagem está disponível no serviço.

4.3. REFERENCIAÇÃO PARA OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE

Caso a criança seja transferida para outro Hospital o enfermeiro deve elaborar carta de transferência com toda a informação sobre a criança durante o internamento.

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE.

Sanders, J. (2014). A criança hospitalizada. In M.J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, (pp. 1025-1118). Loures: Lusociência.

APÊNDICE V

**Guião Orientador da Reunião com a Enfermeira Coordenadora da Unidade
de Cuidados na Comunidade**

REUNIÃO COM A ENFERMEIRA COORDENADORA DA UIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Objetivo: Conhecer estratégias de articulação promotoras da continuidade de cuidados.

Principais temas a abordar	Anotações
<p>✚ Recursos na comunidade que garantam a continuidade de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Referenciações para o SNIPI;• A intervenção do enfermeiro na Equipa Local de Intervenção;• Outros recursos da comunidade;• Registos das intervenções de enfermagem no SClinico.	<ul style="list-style-type: none">• Documentos de referenciação e de elegibilidade no site da DGS: https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx• Garantir a vigilância de saúde da criança, o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e articular com outro profissional caso seja necessário.• Assistente social.• Item no SClinico da Avaliação do Risco Familiar e do SNIPI (identificar o responsável pela criança).
<p>✚ Normas, protocolos ou projetos existentes no âmbito da saúde infantil.</p> <p>- Quais as intervenções dos enfermeiros da UCC no âmbito da saúde infantil, de acordo com os projetos existentes?</p> <p>- Quem é o interlocutor da UCC sobre os projetos?</p> <p>- No projeto <i>“Partilhar para Cuidar”</i> existem folhetos informativos e formações iguais no Hospital e nos Centros de Saúde iguais. Existe algo idêntico no projeto <i>“Gestão da Transição Segura”</i>?</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>“Gestão da Transição Segura Hospital – Comunidade”</i> <p>- Missão Continente “Diabetes Infantil – Otimização da Gestão da Transição Segura Hospital/Comunidade na área da saúde Infantil e Juvenil” - Workshops nas escolas com a temática “diabetes infantil” dirigidos aos docentes e aos pais.</p> <p>- Enfermeira Coordenadora da UCC.</p> <p>- As enfermeiras da UCC articulam-se com o Hospital, nas situações em que as crianças ou os jovens já estão referenciadas para este projeto, de forma a uniformizar as informações transmitidas às crianças e aos jovens e suas famílias.</p>

APÊNDICE VI
Revisão Sistemática da Literatura:
Intervenções de Enfermagem Promotoras do Desenvolvimento Infantil ao
recém-nascido internado numa Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL AO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NUMA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

Discente:

Raquel Sofia Gomes da Cunha nº7317

Docente Orientador:

Prof^a. Doutora Maria Graça Vinagre da Graça

LISBOA

Outubro, 2017

RESUMO

Os recém-nascidos (RN) internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), principalmente os prematuros, estão sujeitos a vários fatores como o barulho constante e súbito dos aparelhos, a iluminação ambiental intensa e os procedimentos invasivos, que não favorecem o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo (Tamez, 2013). Por este motivo torna-se importante consciencializar os enfermeiros que trabalham numa UCIN a promover o desenvolvimento infantil. Assim, surge a questão: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil ao recém-nascido internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?”

Para atingir esse objetivo, realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), em que foram selecionados 8 artigos, com base em critérios pré-definidos e avaliação crítica dos resultados, publicados entre 2007-2017 e pesquisados na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados Medline, CINAHL e Academic Search Complete. As intervenções que mais se destacaram como fundamentais na promoção do desenvolvimento do RN internado na UCIN foram: a promoção da vinculação precoce através do Método Canguru, a parceria de cuidados e a promoção do sono.

Palavras-Chave: Infant Development; Nursing; Neonatal Intensive Care Nursing

1. INTRODUÇÃO

Sendo o enfermeiro entendido como veículo da promoção de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014) este tem um papel fundamental na promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010). É competência do enfermeiro avaliar o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança, bem como promover o mesmo (OE, 2010).

O desenvolvimento infantil é um “processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta” (OE, 2010, p. 101).

O desenvolvimento da criança ocorre de acordo com os fatores a que a mesma está exposta (OE, 2010), e os RN internados numa UCIN, principalmente os prematuros, estão sujeitos a vários fatores como o barulho constante e súbito dos aparelhos, a iluminação ambiental intensa e os procedimentos invasivos, que não favorecem o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo (Tamez, 2013). Nos Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT's) as interrupções frequentes do ciclo do estado de sono e alerta conduz a consequências futuras, como dificuldades de atenção e aprendizagem (Tamez, 2013).

No âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Especializados de Recém-Nascidos (UCERN), partindo do meu interesse na promoção do desenvolvimento infantil, considerou-se pertinente desenvolver e aprofundar, através da realização de uma RSL, as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil na UCIN. A RSL é um processo que consiste num somatório e numa avaliação de um conjunto de estudos pertinentes sobre um domínio da investigação (Fortin, 2003).

O objetivo central desta RSL é identificar as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil, ao RN internado numa UCIN. De forma a dar resposta a este objetivo, foi formulada a seguinte questão de investigação, de acordo com a classificação PI[C]OD (**P**opulation; **I**ntervention; [**C**omparison] **O**utcomes; **D**esign): “Quais as intervenções de enfermagem (I) promotoras do desenvolvimento infantil (O) ao recém-nascido internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (P)?”

2. METODOLOGIA

A pesquisa preliminar realizou-se utilizando o motor de busca Google, livros de Enfermagem, plataformas SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e EBSCOhost, seguida por uma análise das palavras contidas no título e resumo dos artigos recuperados e dos termos de indexação utilizados para descrever estes mesmos artigos. Deste modo, foi possível identificar os descritores mais apropriados: infant development, nursing, neonatal unit. Optou-se por se utilizarem os resultados apenas com os descritores no idioma inglês e português na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL e Academic Search Complete, por

serem as bases de dados que mais resultados válidos alcançaram e uma vez que na base de dados Medline não foi encontrado nenhum resultado com esses mesmos descritores.

Os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos estão descritos no seguinte quadro:

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	RNs/latentes	Todos os grupos etários com exceção dos RNs e latentes (ou seja, adolescentes ou jovens, adultos e idosos).
Intervenção	Estudos que descrevam intervenções/estratégias de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil na UCIN.	Todos os estudos que não se enquadrem neste âmbito.
Comparação	Não aplicável	Não aplicável
Outcomes	Evidência da promoção do desenvolvimento infantil.	Todos os estudos que não se enquadrem neste âmbito.
Design	Estudos com metodologia quantitativa e/ou qualitativa, entre o ano de 2007 e 2017. Escritos em inglês ou em português.	Todos os estudos sem metodologia científica ou sempre que esta não seja bem definida, e com data anterior a 2007. Teses e dissertações. Artigos escritos noutra língua.

Fez-se a pesquisa na plataforma EBSCOhost, utilizando a base de dados CINAHL, e as seguintes palavras e termos de indexação:

- Nurs*
- Infant development.
- Neonatal Unit; Intensive Care Neonatal; Intensive Care Units, Neonatal; Neonatal Intensive Care Nursing.

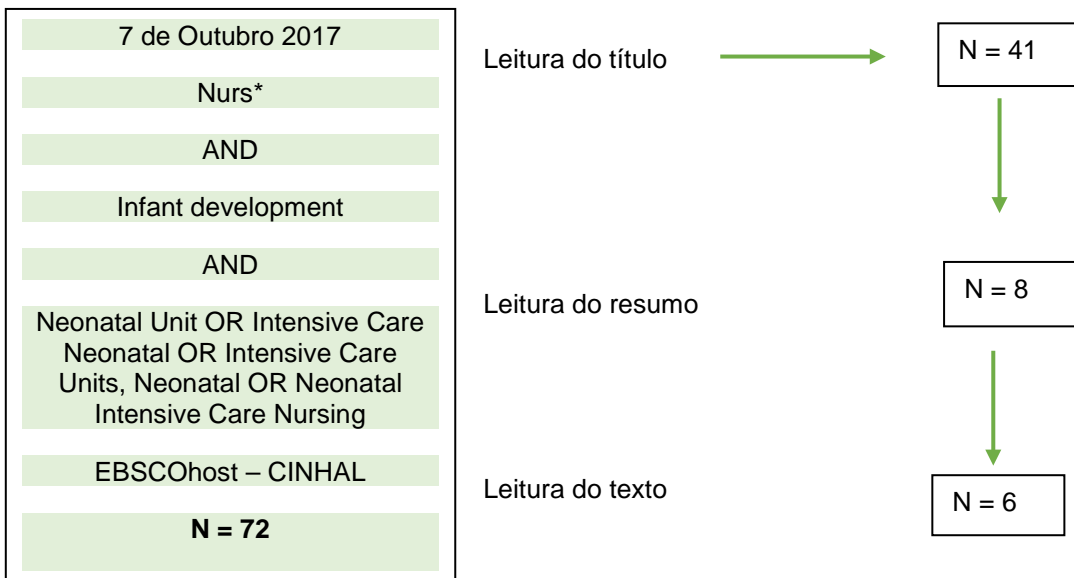


Figura 1 – Fluxograma de pesquisa e processo de triagem

Fez-se a pesquisa na plataforma EBSCOhost, utilizando a base de dados Academic Search Complete, e as seguintes palavras e termos de indexação:

- Nurs*
- Infant development;
- Neonatal Unit; Intensive Care Neonatal; Intensive Care Units, Neonatal; Neonatal Intensive Care Nursing; Neonatology.

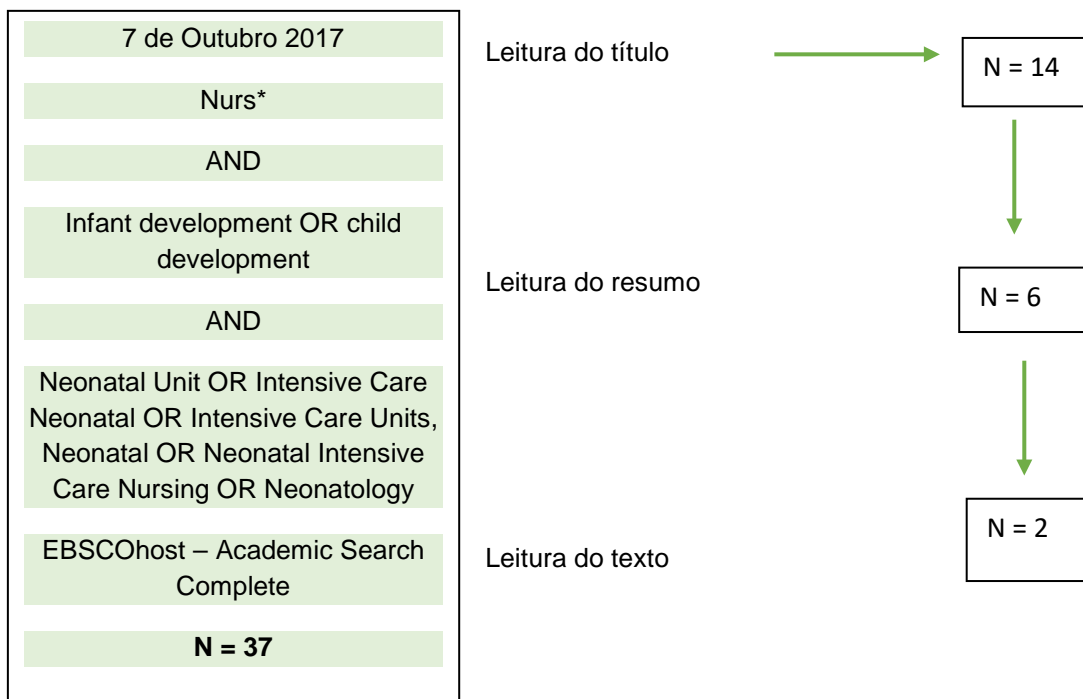


Figura 2 – Fluxograma de pesquisa e processo de triagem

3. RESULTADOS

Como resultados desta RSL, no quadro 2 encontram-se descritos, de forma sumária, os artigos que foram selecionados. Para além dos resultados obtidos com os estudos, faz-se referência à sua fonte, tipo de estudo, população em estudo, respetivos objetivos e a metodologia utilizada.

Quadro 2 – Síntese dos estudos selecionados

Fonte e tipo de estudo	Participantes	Objetivo	Método	Resultados
Stelmak, A. P., Mazza, V. A., & Freire, M. H. S. (2017). The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kangaroo method. <i>Journal Of Nursing Universidade Federal de Pernambuco</i> , 11(9), 3376-3385. doi:10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201708. Estudo descritivo e qualitativo.	37 Enfermeiros	Compreender o valor atribuído pelos Enfermeiros aos cuidados humanizados propostos pelo Método Canguru.	Entrevistas gravadas Metodologia qualitativa	O Método Canguru: - Favorece o crescimento e o desenvolvimento do RN; - Favorece o vínculo RN/família; - Propicia o conforto do RN; - Reduz o tempo de internamento do RN; - Transmite segurança para os pais e para os RN.
Ludington-Hoe, S. M. (2013). Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. <i>Newborn & Infant Nursing Reviews</i> , 13(2), 73-75. doi:10.1053/j.nainr.2013.03.004. Revisão da Literatura		Demonstrar que o Método Canguru altera o ambiente, mantém a estabilidade fisiológica e organização motora, promove o sono do RN, promove a autorregulação do RN e diminui a ansiedade do RN.		O Método Canguru: - A voz da mãe e o olhar para ela acalma o RN e promove o seu desenvolvimento visual; - Mantém a estabilização fisiológica e a organização motora porque o sistema nervoso responde ao toque agradável e à posição em que se encontra o RN; - Permite um sono profundo e tranquilo ao RN, promovendo o aumento da maturação cerebral; - Permite que o RN regule a sua energia e a dor nos procedimentos dolorosos; - Reduz o cortisol no RN, que se mantém aos 10 anos;

				- Promove o crescimento e o desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT).
Nogueira, R. A. M., Lavor, V. F.T., Siqueira, A. A. O. B., Barros, L.M., Frota, N. M., & Luna, I. T. (2013). Affective participation of parents in child support in intensive care unit. <i>Journal Of Nursing Universidade Federal de Pernambuco</i> , 7(4), 1128-1135. doi:10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201308. Estudo qualitativo	13 pais de RNPT internados	Compreender a importância da participação dos pais na assistência afetiva ao filho na UCIN.	Entrevista semiestruturada Metodologia Qualitativa	O cuidado afetivo dos pais e o incentivo e apoio da equipe de enfermagem aos pais para o cuidado e emoções vivenciados pelos mesmos no cuidado ao filho prematuro são essenciais para o desenvolvimento do RN; A presença dos pais na UCIN, contribui para promover o vínculo afetivo, o que possibilita a estabilidade clínica do RN.
Balbino, A. C.; Cardoso, M. V. L. M. L.; Silva, R. C. C; Moraes, K. M. (2012). Preterm infants: behavioral responses to handling by the nursing team. <i>Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro</i> , 20, 615-620. Estudo exploratório-descritivo.	10 auxiliares de enfermagem, 4 enfermeiras e 10 RNPT.	Investigar as manifestações comportamentais dos RNPT internados em UCIN, durante e após 20 minutos da realização de um procedimento de enfermagem.	O instrumento de colheita baseou-se em princípios do Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. Metodologia Quantitativa	Durante os procedimentos dolorosos: choro, caretas e movimentos de torção. Após 20 minutos da realização dos procedimentos: sono profundo, hiperextensão e abertura dos dedos dos pés. RNPT posicionados em decúbito lateral direito ou pronação durante a alimentação por gavagem promovem a reorganização sensorial, permitem um sono mais tranquilo, menor gasto energético e menor alteração no equilíbrio muscular postural, promovendo menor complicações futuras. O toque, a fala e a contenção reduzem as possibilidades alterações no desenvolvimento.
Walworth, D.; Standley, J. M.; Robertson, A.; Smith, A; Swedberg, O. & Peyton, J. J. (2012). Effects of neurodevelopmental stimulation on premature infants in neonatal intensive care: Randomized controlled trial Original Research Articl. <i>Journal Of Neonatal Nursing</i> , 18(6), 210-216. Estudo controlado e aleatório	RN internados na UCIN que nasceram entre as 32 e 36 semanas de gestação, e que tenham 10 dias no momento da intervenção.	Identificar os efeitos da estimulação do desenvolvimento neurológico nos RNPT internados numa UCIN.	Observação do grupo de controlo e 2 grupos experimentais.	Os RNPT's que receberam Estimulação Multimodal de Desenvolvimento com música, tiveram um desenvolvimento neurológico positivo. Houve diferenças por género no tipo de estimulação musical recebida.

<p>Gaiva, M. M., Marquesi, M.C. & Rosa, M. O. (2010). Sleeping pattern of a newborn hospitalized in the intensive care unit: nursing care. <i>Ciência, Cuidado e Saúde</i>, 9(3), 602-609.</p> <p>Pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa.</p>		<p>Identificar, na literatura, a importância do sono para o crescimento e desenvolvimento do RN internado em UCIN; Oferecer subsídios para intervenções de enfermagem com o objetivo de organizar e preservar o sono do RN hospitalizado.</p>	<p>Abordagem qualitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falar suavemente com o RN antes de tocá-lo, e manipulá-lo de maneira suave e gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja o menos abrupta possível; caso esteja em sono profundo aguardar até que passe para o sono leve para acordá-lo; se estiver a chorar, consolá-lo completamente antes da realização do procedimento; - Promover a maior estabilização e organização e ajudar a conservar energia para o crescimento e desenvolvimento agrupando os cuidados e executando-os de maneira contínua, lenta e carinhosa; - Nos RNPT deve-se evitar o toque leve e o acariciar uma vez que ficam mais desorganizados. Deve-se usar o toque firme e carinhoso com as mãos paradas sobre a cabeça e os membros. Essa abordagem favorece a diminuição da atividade motora e a ansiedade comportamental, facilita o estado de sono e diminui a sensação de dor; - Reduzir a luz do ambiente por certos períodos do dia, cobrindo-se a incubadora com uma manta, para promover o sono profundo e descanso e também facilitar o ciclo dia/noite, pois a luz constante, sem distinção do dia/noite, pode prejudicar a manifestação dos ritmos circadianos. É importante que também existam períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina; - Eliminar ruídos desnecessários, reduzindo o tom de voz e o som do telefone, de monitores e alarmes; evitar o uso de rádio neste ambiente; manusear e mover equipamentos com cuidado; evitar apoiar objetos ou bater com os dedos sobre a superfície da incubadora; sinalizar o ambiente como área de silêncio; - Criar um ninho com rolos de fralda ou outros materiais, para que ele se sinta seguro e apoiado, o que favorece um melhor posicionamento e desenvolvimento motor;
--	--	---	------------------------------	--

				<ul style="list-style-type: none"> - A cama ou colchão d'água permite um estado de sono mais organizado e diminuição da irritabilidade, pois os movimentos da água simulam características cinestésicas do ambiente intrauterino; - Horário livre para as visitas dos pais e permanência dos mesmos na UCIN, favorece a vinculação; - Participação dos pais no cuidado do seu filho. O ideal é o manuseio "a quatro mãos e duas cabeças", com o auxílio da mãe ou do pai.
<p>Valizadeh, S., Hosseini, M., Jafarabadi, M. A., Mirnia, K., Saeidi, F., & Jabraeeli, M. (2017). Comparison of 2 Methods of Light Reduction on Preterm Infants' Sleep Pattern in NICU: A Randomized Controlled Trial. <i>Crescent Journal Of Medical & Biological Sciences</i>, 4(4), 211-216.</p> <p>Ensaio clínico randomizado</p>	60 RNPT's com idade gestacional de 28-32 semanas.	Demonstrar que a redução da luz com cobertas na incubadora aumenta a duração do sono em RNPT.	Observação Metodologia quantitativa	<p>Distúrbio nos padrões de sono-vigília dos RNPT leva a complicações como, a perturbação no desenvolvimento precoce dos sentidos, distúrbios da consciência, déficits cognitivos, distúrbios fisiológicos.</p> <p>Os RNPT's sujeitos à redução da luz com coberturas na incubadora aumentaram a duração do sono.</p>
<p>Kymre, I. G., & Bondas, T. (2013). Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. <i>International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being</i>, 81-9. doi:10.3402/qhw.v8i0.21370</p> <p>Estudo fenomenológico descritivo</p>	18 enfermeiras da UCIN	Articular a essência e seus constituintes das experiências de enfermagem na UCIN na promulgação do contacto pele—pele para RNPT e seus pais.	Entrevista exploratória Metodologia Qualitativa	O contacto pele a pele permite o desenvolvimento mental do RN.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos resultados das pesquisas, pode-se perceber que o enfermeiro que trabalha numa UCIN tem um papel fundamental em várias intervenções promotoras do desenvolvimento infantil. O Método Canguru que permite estabelecer a vinculação do RN com os pais, o envolvimento dos pais no cuidado ao seu filho, a música e ações que promovam um sono tranquilo do RN, são algumas das intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil encontradas nos estudos selecionados.

O nascimento de um filho é um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida dos progenitores e da família, marcando o início de uma nova fase de transição do ciclo vital da família, passando das funções conjugais para as parentais (Relvas, 2006). A separação física provocada pelo internamento dificulta o processo de vinculação entre os pais e RN. O contacto pele-a-pele (método canguru), assim como a amamentação são benéficos porque aceleram a recuperação do RN e ajudam a mãe a ultrapassar os sentimentos de medo e culpa (Camarneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009). O Método Canguru promove também o desenvolvimento neurocomportamental do bebé (Askin & Wilson, 2014). Os estudos de Stelmak, Mazza e Freire (2017), Ludington-Hoe (2013), Kymre e Bondas (2013), favorecem a compreensão da importância do Método Canguru na promoção do desenvolvimento infantil.

O Modelo de Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria é uma estratégia para facilitar a relação de vinculação do RN com os pais. No estudo de Nogueira, Lavor, Siqueira, Barros, Frota e Luna (2013) quando os pais eram questionados sobre a participação nos cuidados ao seu filho, os pais expressaram o desejo de cuidar do RN e perceberam que esse envolvimento é essencial no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Perante isto percebe-se que a participação dos pais é muito mais que a tomada de decisão, é um envolvimento positivo na atividade intelectual e física do RN (Cahill, 1996 citado por Irlam & Bruce, 2002). A parceria implica uma relação de cooperação no cuidado, através de uma comunicação construtiva e eficaz (Kenyon & Barnett, 2001) e os enfermeiros devem trabalhar em colaboração com o RN e a família, num processo de abertura e flexibilidade, capacitando-os com conhecimentos e experiências para cuidarem de si mesmos e gerirem os seus sintomas e as suas

transições de vida (Meleis, 2018). Um horário livre para as visitas dos pais e permanência dos mesmos na UCIN favorece a vinculação e a participação dos pais no cuidado do seu filho e promove o sono e o repouso do RN (Gaiva, Marquesi e Rosa, 2010).

Segundo Casey (1988) citado por Lee (1998), a criança é vista como um ser humano em desenvolvimento ao nível físico, emocional, social, intelectual e espiritual, com necessidades específicas como a proteção e o carinho. Estas necessidades geralmente são satisfeitas pela família e muitas vezes em conjunto com os enfermeiros.

A UNIC permitiu, com os avanços tecnológicos, que a taxa de sobrevivência dos RNPT's aumentasse (Askin & Wilson, 2014), no entanto os RNPT's estão sujeitos a vários fatores como o barulho constante e súbito dos aparelhos, a iluminação ambiental intensa e os procedimentos invasivos, que não favorecem o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo (Tamez, 2013). Sabe-se que os RNPT's têm graves sequelas como a paralisia cerebral, déficit de atenção e hiperatividade, déficit visual, motor, cognitivo e auditivo e por isso os cuidados individualizados para o desenvolvimento desses RN's têm um impacto positivo no seu desenvolvimento, como a melhoria das funções autónomas e motoras (Askin & Wilson, 2014). Nos estudos selecionados pode-se compreender que várias intervenções que controlem o ambiente da UCIN são promotoras de um desenvolvimento saudável.

O posicionamento terapêutico diminui a possibilidade de o RNPT adquirir deformações que poderão afetar o seu desenvolvimento motor (Askin & Wilson, 2014). No estudo de Balbino, Cardoso, Silva e Moraes (2012) podemos perceber as vantagens de posicionar o RNPT em decúbito lateral direito aquando a alimentação por gavagem, uma vez que se observa uma reorganização sensorial do RN que o permite ter sono mais tranquilo, menor gasto energético e menor alteração no equilíbrio muscular postural, promovendo menor complicações futuras.

Sabe-se que o barulho constante e súbito dos aparelhos da UCIN, não favorece o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo (Tamez, 2013). Na UCIN é recomendado que o som não ultrapasse os 45d, pois há risco de perda auditiva (Askin & Wilson, 2014). No entanto, o estudo de Walworth, Standley, Robertson, Smith, Swedberg e Peyton (2012), comprova que a Estimulação Multimodal de

Desenvolvimento com música tem um efeito positivo no desenvolvimento neurológico.

A estimulação visual também deve ser adequada, essencialmente no RNPT em que o sistema visual ainda está em maturação (Askin & Wilson, 2014), sendo importante nos RNPT cobrir a incubadora com uma manta, no entanto é também essencial ter períodos de claridade moderada que permitam a maturação da retina (Gaiva et al., 2010).

O sono é essencial para o desenvolvimento físico, emocional e cerebral (OE, 2010) e Gaiva e colegas (2010), no estudo que desenvolveram, para além de concordarem que o sono é promotor do desenvolvimento infantil, identificam intervenções de enfermagem promotoras de um sono saudável a RN internados em UCIN.

5. CONCLUSÃO

Nesta RSL, as intervenções que mais se destacaram como fundamentais na promoção do desenvolvimento do RN internado na UCIN foram: a promoção da vinculação precoce através do método canguru, a presença e participação dos pais nos cuidados ao RN (parceria de cuidados), a promoção do sono tranquilo, a alteração frequente dos posicionamentos do RNPT e as intervenções que controlem o ambiente da UCIN como o som e a luminosidade (e.g. colocação de cobertas sobre as incubadoras). Estas intervenções vão de encontro às sete medidas neuroprotetoras do desenvolvimento do RN descritas no Modelo de Cuidados para o Desenvolvimento: (1) ambiente; (2) parceria com a família; (3) posição e manipulação; (4) promoção do sono; (5) minimizar a ansiedade e a dor; (6) proteção da pele; (7) otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013).

É notória a importância de consciencializar e formar os profissionais de saúde para a promoção do desenvolvimento infantil, essencialmente numa UCIN em que o RN está exposto a vários fatores que poderão conduzir a diversas alterações no seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014) Recém-Nascido de Alto Risco e Família. In M.J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, (pp. 331-411). Loures: Lusociência
- Balbino, A. C.; Cardoso, M. V. L. M. L.; Silva, R. C. C.; Moraes, K. M. (2012). Preterm infants: behavioral responses to handling by the nursing team. *Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 20, 615-620.
- Camarneiro, A. P. F., Alves, C. A. N. Ferreira, A. P. C. & Gomes, A. I. F. (2009). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica*, 40(9), 53–57; Acedido a 26/10/2007. Disponível em:
http://www.spp.pt/userfiles/file/app/artigos/15/20090804165618_actapedia_t_vol40_n2.pdf
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ªed.) Loures: Lusociência.
- Gaiva, M. M., Marquesi, M.C. & Rosa, M. O. (2010). Sleeping pattern of a newborn hospitalized in the intensive care unit: nursing care. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602-609.
- Irlam, L.K. & Bruce, J.C. (2002). Family-Centred Care in Paediatric and Neonatal Nursing – A Literature Review. *Curationis*, 5(3), 28-34. doi: 10.4102/curationis.v25i3.781.
- Kenyon, E. & Barnett, N. (2001). Partnership in nursing care (PINC): the Blackburn model. *Journal of Child Health Care*, 5(1), 35-38. doi: 10.1177/136749350100500106.
- Kymre, I. G., & Bondas, T. (2013). Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. *International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being*, 81-9. doi:10.3402/qhw.v8i0.21370.
- Lee, P. (1998). An analysis and evaluation of Casey's conceptual framework. *International Journal of Nursing Studies*, 35(4), 204-209. doi: 10.1016/S0020-7489(98)00031-5.

- Ludington-Hoe, S. M. (2013). Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2), 73-75. doi:10.1053/j.nainr.2013.03.004.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: development and progress* (6ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Nogueira, R. A. M., Lavor, V. F.T., Siqueira, A. Ã. O. B., Barros, L.M., Frota, N. M. & Luna, I. T. (2013). Affective participation of parents in child support in intensive care unit. *Journal Of Nursing Universidade Federal de Pernambuco*, 7(4), 1128-1135. doi:10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201308.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: OE.
- Pender, N. J.; Murdaugh, C. L.; Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice*. (6ª ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. (4ª ed.) Porto: Afrontamento.
- Stelmak, A. P., Mazza, V. A. & Freire, M. H. S. (2017). The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kangaroo method. *Journal Of Nursing Universidade Federal de Pernambuco*, 11(9), 3376-3385. doi:10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201708
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Valizadeh, S., Hosseini, M., Jafarabadi, M. A., Mirnia, K., Saeidi, F., & Jabraeeli, M. (2017). Comparison of 2 Methods of Light Reduction on Preterm Infants' Sleep Pattern in NICU: A Randomized Controlled Trial. *Crescent Journal Of Medical & Biological Sciences*, 4(4), 211-216.
- Walworth, D.; Standley, J. M.; Robertson, A.; Smith, A; Swedberg, O. & Peyton, J. J. (2012). Effects of neurodevelopmental stimulation on premature infants in neonatal intensive care: Randomized controlled trial Original Research Articl. *Journal Of Neonatal Nursing*, 18(6), 210-216.

APÊNDICE VII
Promoção do Desenvolvimento Infantil:
Cuidados Antecipatórios à Criança, ao Jovem e Família

**PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS À CRIANÇA, AO JOVEM E FAMÍLIA**



Os **cuidados antecipatórios** são fatores de promoção da saúde e prevenção da doença da criança e do jovem, fornecendo aos pais ou outros cuidadores conhecimentos prévios que os ajudarão a compreender o desenvolvimento do seu filho e a prepararem-se antecipadamente para responderem às necessidades da criança e do jovem, promovendo o desenvolvimento infantil e a parentalidade (Brazelton, 2013; DGS, 2013).

Todas as oportunidades de parceria de cuidados entre o **enfermeiro, a criança ou o jovem e a sua família ou outros cuidadores** são momentos únicos, que não devem ser nunca descurados para se abordar os cuidados antecipatórios (DGS, 2013).

1 Mês	2 Meses	4 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno • Vitamina D • Posição de deitar • Hábitos de sono • Cuidados de higiene • Hábitos intestinais e cólicas • Sinais/Sintomas comuns e de alerta • Temperatura normal e febre • Atividades promotoras do desenvolvimento • Acidentes e segurança • Vacinação: vantagens e reações 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno • Vitamina D • Posição de deitar • Hábitos de sono • Hábitos intestinais e cólicas • Sinais/Sintomas comuns e de alerta • Atividades promotoras do desenvolvimento • Acidentes e segurança • Vacinação: vantagens e reações 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno • Vitamina D • Diversificação alimentar, caso não seja aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses • Posição de deitar • Hábitos de sono • Hábitos intestinais e cólicas • Sinais/Sintomas comuns e de alerta • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Acidentes e segurança • Vacinação: vantagens e reações 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno • Vitamina D • Diversificação alimentar • Hábitos de sono • Hábitos intestinais e cólicas • Sinais/Sintomas comuns e de alerta • Temperatura normal e febre • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Reação emocional (reação ao estranho) • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Vacinação: vantagens e reações 	<ul style="list-style-type: none"> • Diversificação alimentar • Vitamina D • Hábitos de sono: quarto próprio • Hábitos intestinais e cólicas • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Estimular a linguagem • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Vacinação: vantagens e reações 	<ul style="list-style-type: none"> • Diversificação alimentar • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Estimular a linguagem • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Vacinação: vantagens e reações • Personalidade, birras e regras sociais • Calçado

15 Meses	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Estimular a linguagem • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Personalidade, birras e regras sociais • Calçado 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Controlo de esfíncteres • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Estimular a linguagem • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Personalidade, birras e regras sociais • Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos • Regras, limites e rotinas da vida diária 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Controlo de esfíncteres • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Desmame da chupeta, do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual de adormecimento • Estimular a linguagem • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos. • Regras, limites e rotinas da vida diária 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Controlo de esfíncteres • Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores • Atividades promotoras do desenvolvimento • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Regras, limites e rotinas da vida diária • Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade, relacionamento com outras crianças • Sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças entre sexos) • Medos, terrores noturnos e pesadelos 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Enurese noturna e encoprese • Saúde Oral • Acidentes e segurança • Adaptação infantário/escola • Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador/vídeo jogos • Atividades desportivas e culturais – tempo livre

5-8 Anos	10 Anos	12-13 Anos	15-18 Anos
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Hábitos de sono • Saúde Oral (introdução do fio dentário aos 6-7 anos) • Acidentes e segurança (transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras) • Adaptação à escola • Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador/vídeo jogos • Atividades desportivas e culturais – tempo livre • Competitividade, prazer em jogos de regras 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Cuidados de higiene • Hábitos de sono • Puberdade • Saúde Oral • Acidentes e segurança (domésticos e rodoviários) • Atividade física/sedentarismo • Adaptação à escola (bem-estar, projetos, absentismo escolar, bullying e cyberbullying) • Dinâmica familiar, adultos de referência • Cidadania • Consumos nocivos e riscos • Violência e maus tratos 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Cuidados de higiene • Hábitos de sono • Puberdade/Sexualidade • Saúde Oral • Acidentes e segurança (rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos radicais e mergulho) • Atividade física/sedentarismo • Adaptação à escola (bem-estar, projetos, absentismo escolar, bullying e cyberbullying) • Dinâmica familiar, adultos de referência • Cidadania • Consumos nocivos e riscos • Violência e maus tratos 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável • Cuidados de higiene • Hábitos de sono • Puberdade/Sexualidade • Saúde Oral • Acidentes e segurança (rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos radicais e mergulho) • Atividade física/sedentarismo • Adaptação à escola (bem-estar, projetos, absentismo escolar, bullying e cyberbullying) • Adaptação ao trabalho; mobbing (assédio moral), assédio sexual • Dinâmica familiar, adultos de referência • Cidadania • Consumos nocivos e riscos • Violência e maus tratos

Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

APÊNDICE VIII
Promoção do Desenvolvimento Infantil no Serviço de Urgência de
Pediatria “Um Olhar Reflexivo”



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA DE PEDIATRIA
“UM OLHAR REFLEXIVO”

Discente:

Raquel Sofia Gomes da Cunha nº7317

Docente Orientador:

Profª. Doutora Maria Graça Vinagre

LISBOA

Outubro/Novembro 2017

O contacto do enfermeiro com a criança num Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) é passageiro e circunstancial. Quando se fala de intervenções que promovam o desenvolvimento infantil num SUP parece uma atividade quase impossível, dado o curto intervalo de tempo que o enfermeiro está com a criança e sua família ou outro cuidador. No entanto, este tempo, apesar de escasso, pode ser uma oportunidade única que o enfermeiro tem para detetar problemas e identificar possíveis necessidades e dificuldades, pelo que este encontro momentâneo não pode ser descurado (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2010).

A deteção precoce de alterações no desenvolvimento e o encaminhamento mais rápido possível poderão permitir à criança a recuperação de algumas competências e evitar o aumento das alterações (Pinto, 2009). É assim essencial existir um enfermeiro perito, que com o seu conhecimento e a sua larga experiência, irá mais facilmente compreender e detetar o mais rápido uma situação problemática (Benner, 2001), como por exemplo um desvio no padrão de desenvolvimento da criança. Um exemplo claro desta situação ocorreu quando uma auxiliar de educação recorreu ao SUP com uma criança de 6 anos com queixas no membro superior. Durante a triagem a enfermeira percebe que a criança não fala, a auxiliar é questionada acerca desta situação, o que responde que de facto a criança na escola não fala com a professora, nem com os colegas, mas que os pais referem que em casa é uma criança “normal”. A enfermeira esclareceu a auxiliar que não era uma situação normal, e alertou nos registos de enfermagem para a situação identificada, de forma a dar seguimento para outros profissionais de saúde.

A monitorização do desenvolvimento infantil através de escalas de avaliação deve ter sempre em conta o estado de saúde da criança, pois algumas crianças devido a estarem doentes não vão conseguir atingir o máximo potencial de desenvolvimento (OE, 2010). Sendo a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada preconizada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), seria importante que este instrumento estivesse disponível no serviço, para que os enfermeiros pudessem utilizá-lo como ferramenta na deteção precoce de problemas de desenvolvimento nas suas diferentes dimensões. No entanto, é também necessário proporcionar aos profissionais de saúde formação sobre a escala para que estes possam aplica-la.

Durante o internamento hospitalar, emergem na criança sentimentos de medo e ansiedade, que os enfermeiros devem identificar e colaborar na gestão dos mesmos para que a criança ultrapasse essas emoções (OE, 2010). O enfermeiro deve promover um ambiente calmo e acolhedor e mostrar disponibilidade para ouvir a criança e a família ou

outro cuidador possibilitando e facilitando a sua reorganização num ambiente desconhecido (Jorge, 2004). A sala de espera com um espaço para brinquedos e as paredes decoradas com desenhos permitem a criança afastar momentaneamente o sentimento de sofrimento. Na sala de internamento de curta duração, onde as crianças passam mais tempo, seria importante que os enfermeiros promovessem mais o brincar, estimulando a criança e disponibilizando mais brinquedos. O limitado espaço físico do SUP torna-se pouco promotor do desenvolvimento, pelo que seria fundamental um espaço para a amamentação, de forma a promover o aleitamento materno, bem como uma sala para os adolescentes adaptada à sua fase de desenvolvimento, permitindo uma maior privacidade, fundamental neste grupo etário.

No SUP são realizados muitos procedimentos de diagnóstico e de tratamento, pelo que a filosofia dos cuidados não-traumáticos está sempre presente, permitindo também a promoção do desenvolvimento infantil. Hoje sabe-se que a ansiedade e o medo na criança aumentam o sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor, podendo ter consequências para o seu desenvolvimento e saúde (Barros, 2003). Durante o estágio no SUP pude observar que os enfermeiros adaptavam a linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança, explicavam os procedimentos e atendiam ao consentimento/assentimento da criança e família ou outro cuidador para a realização dos procedimentos, e, por vezes, no final davam uma recompensa à criança pelo seu comportamento. Estas são práticas comuns no SUP, mas seria importante utilizar mais algumas técnicas de distração adequadas à idade, de forma a minimizar o momento traumático. Podemos dar ferramentas à criança para ela se distrair como contar até 10, dizer o abecedário ou contar uma anedota adequada à idade (Faria, 2012). Estas técnicas permitem mudar o foco da criança e desta forma canalizar a sua atenção para longe dos estímulos dolorosos, reduzindo assim a dor, a angústia e a ansiedade (Kleiber & McCarthy, 2006; Lambert, 1999 citado por Koller & Goldman, 2012). Outros exemplos de técnicas de distração são contar histórias, cantar músicas e ver televisão (Koller & Goldman, 2012). A música apropriada para a idade, é eficaz para distrair as crianças, pois aumenta o relaxamento, o que permite também diminuir o tempo do procedimento (Baghdadi, 2000 citado por Koller & Goldman, 2012). Nos latentes, os enfermeiros da SUP utilizam a administração da solução oral de concentrado de sacarose e sucção não-nutritiva (chupeta), 2 minutos antes da injeção, durante a injeção e até 3 minutos depois do procedimento de forma a reduzir a dor (Hatfield, 2008 citado por Wilson, 2014).

Também os pais ficam ansiosos e sentem-se culpados com a ida do seu filho para o Hospital (Jorge, 2004). É assim essencial olhar não só para a criança, mas também para a sua família ou outro cuidador, promovendo a vinculação entre os mesmos (OE, 2010). A presença de um familiar é essencial para que a criança se sinta segura, e no SUP um dos pais ou outro cuidador pode acompanhar a criança durante todos os procedimentos. A Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria minimiza o medo da separação e do procedimento invasivo confortando a criança (Wilson, 2014).

O conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento e dos cuidados antecipatórios, e o aconselhamento aos pais ou outros cuidadores sobre as atividades promotoras da aquisição das competências, ou seja, incentivar os pais ou outros cuidadores a estimularem as crianças, a brincarem e ajudá-las a escolher as brincadeiras mais adequadas ao momento (Pinto, 2009), são essenciais para a promoção do desenvolvimento infantil e os enfermeiros do SUP deverão ter um papel fundamental nesse processo. O PNSIJ (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2013) tem como uma das linhas-mestres a valorização dos cuidados antecipatórios à criança como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, proporcionando aos pais ou outros cuidadores conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. Observei uma preocupação constante dos enfermeiros do SUP em estimular e capacitar os pais ou outros cuidadores para os cuidados à criança. Por exemplo, muitos dos pais não administravam medicação antipirética antes de recorrerem ao SUP. Os enfermeiros mostraram um papel fundamental ao alertar os pais para o risco de convulsões e da importância da administração do antipirético o quanto antes.

Um atendimento centrado na família, qualificado e humanizado conduz-me a um novo pensamento e a uma nova atitude na minha prestação de cuidados. Isto remete-me também a uma prática em que os enfermeiros devem dar importância, ao empowerment da família, construindo um modelo de parceria com as mesmas, o que, em muito influenciará o desenvolvimento da criança. Passamos de um modelo prescritivo para um modelo colaborativo, em que a filosofia dos cuidados centrados na família é uma mais valia para a criança e sua família ou outro cuidador, sendo uma condição fundamental à promoção do desenvolvimento e bem-estar infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Faria, H. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Tese de doutoramento, Psicologia (Psicologia da Saúde). Lisboa. Acedido a 03/04/2017. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7317>
- Koller, D. & Goldman, R. D. (2012). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 652-681. doi: org/10.1016/j.pedn.2011.08.001
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: OE.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do Desenvolvimento Psicomotor e Sinais de Alarme. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 677-687, Acedido a 23/10/2017. Disponível em: http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev%20Port%20Clin%20Geral%202009_2_5_677.pdf
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 491-552). Loures: Lusociência.

APÊNDICE IX

Sessão de Formação: Apresentação do Projeto à Equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e da Unidade de Cuidados na Comunidade

Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista

Discente:

Raquel Sofia Gomes da Cunha nº7317

Docente orientador:

Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

[] Janeiro de 2018

Sumário

- O ponto de partida do projeto
- Quadro conceptual de referência
- A importância da Promoção do Desenvolvimento Infantil
- Promoção do Desenvolvimento Infantil no primeiro ano de vida
- Objetivos, atividades e recursos
- Referências Bibliográficas

O ponto de partida do projeto

O **desenvolvimento infantil** é marcado pela aquisição de competências e capacidades, que surgem ao ritmo de cada criança, dentro do seu contexto de vida (Cabral & Figueiredo, 2006; Bellman, Lingam & Aukett, 1996).




É influenciado pela qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família (Brazelton & Greenspan, 2009).



Definir estratégias de intervenção de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.


Quadro conceptual de referência

- ▶ **Cuidados Centrados na Família**
- ▶ **Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria**
- ▶ **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**, permite compreender os comportamentos promotores de saúde, partindo da identificação dos fatores que o influenciam (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014).



A importância da Promoção do Desenvolvimento Infantil


- ▶ A promoção do desenvolvimento da criança é **essencial na redução da mortalidade infantil** (Alexandre, Labronico, Maftum & Mazza, 2012) e as famílias são parceiros fundamentais na estimulação das crianças e nos cuidados de saúde prestados às mesmas (Serapioni, 2005).



A importância da Promoção do Desenvolvimento Infantil

- ▶ ○ **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil:**
 - idades-chave em que se deve realizar consultas de vigilância;
 - o acolhimento, a avaliação do crescimento e do desenvolvimento, a relação familiar, cuidados antecipatórios e o cumprimento da imunização preconizada.

(DGS, 2013)
- ▶ A utilização de testes de rastreio nas consultas de vigilância de saúde infantil, deteta 70 a 90% das crianças com problemas de desenvolvimento (DGS, 2013).



Promoção do Desenvolvimento Infantil no primeiro ano de vida

- Principais mudanças físicas e biológicas, em que os lactentes adquirem competências essenciais para responder ao ambiente que os rodeia (Wilson, 2014).
- Desenvolvimento do cérebro permite à criança adquirir competências motoras, perceptivas e cognitivas (Papalia, Olds & Feldman, 2001).
- Crianças privadas de estimulação podem ficar com atrasos irreversíveis no desenvolvimento (Papalia et al., 2001).



Objetivos Gerais

- Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento;
- Desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil.

Objetivos específicos, atividades e recursos



Fonte: <https://www.corpoematividade.com.br/single-post/2017/11/20/A-importancia-do-brincar-para-o-desenvolvimento-infantil>

Objetivo Específico: Conhecer estratégias de articulação promotoras da continuidade de cuidados.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento dos recursos na comunidade que garantam a continuidade de cuidados;• Participação e referenciação, em conjunto com a enfermeira orientadora, de crianças ou jovens com doença crônica ou alterações de desenvolvimento para serviços de especialidades ou com necessidades de cuidados especiais no domicílio, caso existam situações durante o período de estágio;• Reunião com a Enfermeira Coordenadora da UCC para conhecimento de normas, protocolos ou projetos existentes no âmbito da saúde infantil;• Observação reflexiva da dinâmica de trabalho da Equipe Local de Intervenção, Integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.	<p> Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Computador;✓ Documentos do UCC;✓ Regulamento de Competências do EE e EESCJ. <p> Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Enfermeiras Especialistas (Enfermeira Chefe, Enfermeira orientadora de estágio e Enfermeira Coordenadora da UCC);✓ Equipe de Enfermagem da UCSP e UCC.

Objetivo Específico: Reconhecer a importância das intervenções do enfermeiro promotoras do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Identificação de intervenções promotoras do desenvolvimento infantil, realizadas pelos enfermeiros da UCSP; Incentivo à participação dos pais nos cuidados ao seu filho, de acordo com as suas competências e situação de saúde da criança; Realização de cuidados antecipatórios promotores do desenvolvimento infantil; Incentivo à amamentação como promotor do desenvolvimento infantil. 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ SClínico; ✓ Livros; ✓ PNSIJ. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeira Especialista (Enfermeira orientadora de estágio); ✓ Equipa de enfermagem.

Objetivo Específico: Identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a importância que atribuem à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do projeto à equipa de enfermagem da UCSP e UCC; Reunião com a equipa de enfermagem para discussão das dificuldades sentidas e de sugestões para melhorar as práticas de enfermagem na consulta de vigilância de saúde infantil; Planeamento de uma formação para os enfermeiros no âmbito da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil; Execução da sessão planeada, se existirem as condições necessárias à sua realização durante este estágio. 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ Diapositivos com a apresentação do projeto; ✓ Documento orientador da reunião; ✓ Plano de Formação; ✓ Regulamento de Competências do EE. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeiras Especialistas (Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e Enfermeira Coordenadora da UCC); ✓ Equipa de enfermagem da UCSP e UCC.

Objetivo Específico: Identificar as necessidades dos pais na vigilância da saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação das necessidades dos pais na vigilância da saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida, durante as consultas de vigilância de saúde infantil; Elaboração de um ou mais folhetos informativos/poster dirigidos aos pais, de acordo com as principais necessidades identificadas. 	<p>Materials:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bibliografia sobre o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e PNSIJ; ✓ Computador. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeiras Especialistas (Enfermeira Chefe e Enfermeira orientadora de estágio) ✓ Equipa de Enfermagem; ✓ Pais.

Objetivo Específico: Organizar as intervenções de enfermagem realizadas nas consultas de vigilância de saúde infantil, no primeiro ano de vida da criança, em contexto de CSP.

Atividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Providenciar uma caixa com todo o material necessário para aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, nas consultas de vigilância de saúde infantil; Organização dos registos de enfermagem na área da avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida, segundo as idades-chave preconizadas no PNSIJ para as consultas de vigilância de saúde infantil; Elaboração de um dossier orientador de boas práticas, com artigos/normas/programas atualizados, de forma a promover e unificar boas práticas; Proposta à diretora executiva, de melhoria da organização e reestruturação do gabinete de enfermagem de saúde infantil, em conjunto com elementos da equipa de enfermagem. 	<p>Materials:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ SClinico; ✓ Material para a caixa da Mary Sheridan.; ✓ PNSIJ. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeiras Especialistas (Enfermeira Chefe e Enfermeira orientadora de estágio) ✓ Equipa de Enfermagem.

Muito Obrigada!



Fonte: <https://talkofthetownnwa.com/everyone-give-back-talk-of-the-town-amazeum/>

Referências Bibliográficas

- Alexandre, A. M. C., Labronico, L. M., Maftum, M. A. & Mazza, V. A. (2012). Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(2), 272-279. Acedido a 04/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a02v46n2.pdf>
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills. Manual Técnico*. Londres: Nelson Publishing Company Ltd.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Cabral, I. E. & Figueiredo, J. E. F. (2006). *Enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Pender, N. J.; Murdaugh, C. L.; Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice*. (6ª ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*. Nº35. (18-02-2011). 8648-8653.
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10, 243-253. Acedido a 16/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Latente e da Família, In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, (pp. 491-552). Loures: Lusociência.

APÊNDICE X

Guião Orientador da Reunião com a Equipa de Enfermagem

REUNIÃO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM

Objetivo: Identificar a importância que os enfermeiros atribuem à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida, bem como as dificuldades e necessidades percebidas nesta área.

Principais temas a abordar	Anotações
✚ A importância da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil;	A avaliação do desenvolvimento infantil permite: - detetar precocemente alterações; - um encaminhamento precoce e adequado.
✚ Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil (prioridades face à realidade da UCSP);	- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses; - Incentivo à adesão na vacinação; - Incentivo à adesão nas Consultas de Vigilância da Saúde.
✚ Dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil: <ul style="list-style-type: none">• Material disponível;• Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan;• Articulação com a consulta médica;• Encaminhamento para outro profissional de saúde ou instituição (psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, Sistema Nacional de Intervenção Precoce, Saúde Mental, Centro de Paralisia Cerebral);• Comunicação com os pais;• Respostas às dificuldades e necessidades ou dúvidas dos pais;• Cuidados antecipatórios;• Registos de enfermagem.	- Material disponível; - Na articulação com outros profissionais; - Falta de formação; - Tempo que se disponibiliza ao profissional, para a realização das consultas, completamente desadequado; - Registos de enfermagem.

<p>✦ Perceção dos enfermeiros sobre as necessidades mais frequentes dos pais;</p>	<ul style="list-style-type: none">- Informações sobre o início da alimentação diversificada;- Apoio quer ao nível emocional quer ao nível profissional, pois os pais precisam de estarem informados para cuidarem dos seus filhos de forma correta e adequada.
<p>✦ Sugestões para melhorar as práticas de enfermagem na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Divulgação da consulta de enfermagem ao recém-nascido para a primeira semana de vida durante as consultas de saúde materna e obstétrica;- Agendamento das próximas consultas de enfermagem e médica;- Divulgação das idades-chave preconizadas no PNSIJ;- Dossier Orientador de boas práticas onde se poderá consultar vários artigos/ normas/ programas de saúde atualizados sobre diferentes temáticas;- Formação;- Folheto informativo dirigido aos pais sobre a alimentação no primeiro ano de vida;- Folheto informativo dirigido aos pais sobre alergias alimentares;- Realização de uma norma de procedimento para os registos de enfermagem.

APÊNDICE XI
Plano de Sessão:
Promoção e Avaliação do Desenvolvimento Infantil no
Primeiro Ano de Vida

PLANO DE SESSÃO

Ação de Formação	Promoção e Avaliação do Desenvolvimento Infantil no Primeiro Ano de Vida				
Formador	Raquel Sofia Gomes da Cunha				
Data	07/02/2018	N.º de Sessão	1	Duração	30 m
Conteúdo Programático					
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do desenvolvimento infantil • Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada • Atividades promotoras do desenvolvimento infantil. 					
Objetivos da Sessão					
Gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para o reconhecimento da importância do papel dos enfermeiros como promotores do desenvolvimento infantil. • Capacitar os enfermeiros para realizar a avaliação do desenvolvimento infantil utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada no primeiro na de vida da criança. 				
Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar conceitos como desenvolvimento infantil e promoção do desenvolvimento infantil; • Identificar as intervenções do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil; • Analisar em conjunto com os enfermeiros a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; • Apresentar a caixa com todo o material necessário para aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; • Apresentar as atividades promotoras do desenvolvimento adequadas a cada faixa etária. 				

Desenvolvimento da Sessão	Descrição	Tempo Previsto
Introdução	Apresentação dos objetivos; Pré-requisitos; Importância da promoção do desenvolvimento infantil; Intervenções do enfermeiro.	5 minutos
Desenvolvimento	Apresentação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e simulação da sua aplicação; Apresentação da caixa com todo o material necessário para aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; Apresentação das atividades promotoras do desenvolvimento.	15 minutos
Conclusão	Breve síntese da sessão; Esclarecimento de dúvidas.	10 minutos
Métodos/Técnicas Pedagógicas	Método Ativo: - Método Interrogativo - Método Expositivo Simulação.	
Suportes de Apoio		
Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil		
Documentação e Materiais	PowerPoint, computador, projetor multimédia, caixa com o material para a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, boneco modelo.	

APÊNDICE XII
Sessão de Formação:
Promoção e Avaliação do Desenvolvimento Infantil no
Primeiro Ano de Vida



8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de
[] de 8 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018

PROMOÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO 1º ANO DE VIDA

Discente:

Raquel Sofia Gomes da Cunha nº7317

Docente orientador: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça
[]



Sumário

- Objetivos
- Importância da Promoção do Desenvolvimento Infantil
- Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada no primeiro ano de vida
- Atividades promotoras do desenvolvimento
- Referências Bibliográficas



IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

- O **desenvolvimento infantil** é marcado pela aquisição de competências e capacidades, que surgem ao ritmo de cada criança, dentro do seu contexto de vida (Cabral & Figueiredo, 2006; Bellman, Lingam & Aukett, 1996).
- Em países em desenvolvimento, a promoção do desenvolvimento da criança é **essencial na redução da mortalidade infantil** (Alexandre, Labronico, Maftum & Mazza, 2012) e as famílias são parceiros fundamentais na estimulação das crianças e nos cuidados de saúde prestados às mesmas (Serapioni, 2005).
- A utilização de **testes de rastreio** nas consultas de vigilância de saúde infantil, deteta 70 a 90% das crianças com problemas de desenvolvimento (DGS, 2013).



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

- **Orientar e aconselhar os pais** de forma ajudá-los a compreenderem os comportamentos que devem adotar para promover o desenvolvimento do seu filho (OE, 2010).
- **Detetar, acompanhar e encaminhar** precocemente perturbações no desenvolvimento da criança e implicações na sua saúde, que sejam passíveis de correção (DGS, 2013).
- São da **competência do enfermeiro** contribuir para:
 - “a promoção da saúde” (OE, 2011, p.9)
 - “a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem” (OE, 2011, p.10)



4-6 SEMANAS

Postura e Motricidade e Global

- Decúbito ventral - levanta a cabeça.
- Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.
- Tração pelas mãos - a cabeça cai. Sentado - dorso em arco e mãos fechadas.
- Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.

Visão e Motricidade e Fina


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

Audição e Linguagem

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

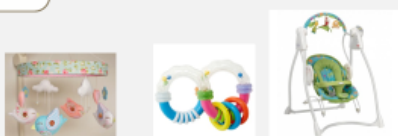
Comportamento e Adaptação social

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



Sinais de Alarme 1 Mês

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado.
- 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.



Atividades promotoras do desenvolvimento

3 MESES

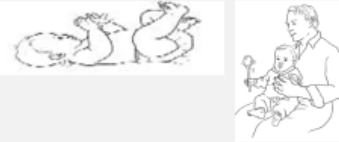
Postura e Motricidade Global

- Decúbito ventral - apoio nos antebraços.
- Decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados.
- Tração pelas mãos - cabeça erecta e coluna dorsal direita.
- De pé - flete os joelhos, não faz apoio.



Visão e Motricidade Fina

- 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 1/2 círculo e horizontal.
- Convergência.
- Pestanejo de defesa.



Audição e Linguagem

- Atende e volta-se geralmente aos sons.

Comportamento e Adaptação social

- Sorri.
- Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.

Sinais de Alarme 3 Meses

- Não fixa nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Mãos sempre fechadas.
- Membros rígidos em repouso.
- Sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.

Atividades promotoras do desenvolvimento



DGS, 2013, p.62 e 63

6 MESES

Postura e Motricidade Global

- Em decúbito ventral – apóia-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.



Visão e Motricidade Fina

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

Audição e Linguagem

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

Comportamento e Adaptação social

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

Sinais de Alarme 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.

Atividades promotoras do desenvolvimento



DGS, 2013, p.62 e 63

9 MESES

Postura e Motricidade Global

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



Visão e Motricidade Fina

- Tem preensão 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.

Audição e Linguagem

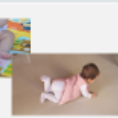
- Tem atenção rápida para os sons perto e longe.
- Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.
- Repete várias sílabas ou sons do adulto.

Comportamento e Adaptação social

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

Sinais de Alarme 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.



Atividades promotoras do desenvolvimento

DGS, 2013, p.62 e 63

12 MESES

Postura e Motricidade Global

- 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

- 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

- 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

- 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.

Sinais de Alarme 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.



Atividades promotoras do desenvolvimento

DGS, 2013, p.62 e 63

SÍNTESE

- **Promover o desenvolvimento infantil** é um trabalho de **parceria** onde se permite que a criança dentro do seu contexto de vida e ao seu ritmo, se desenvolva dentro dos padrões considerados normativos para a sua idade (Bellman, Lingam & Aukett, 1996).
- A **avaliação do desenvolvimento da criança** permite a **deteção precoce** de quaisquer perturbações ao nível motor, cognitivo, emocional e social e assim poder-se **intervir o mais precocemente** possível nesses problemas (DGS, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, A. M. C., Labronico, L. M., Maftum, M. A. & Mazza, V. A. (2012). Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(2), 272-279. Acedido a 04/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/s02v46n2.pdf>
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills. Manual Técnico*. Londres: Nelson Publishing Company Lda.
- Cabral, I. E. & Figueiredo, J. E. F. (2006). *Enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma n° 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: OE
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10, 243-253. Acedido a 16/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS/ SUGESTÕES



APÊNDICE XIII

**Caixa construída com o material para a aplicação da Escala de Avaliação
do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada**

CAIXA CONSTRUÍDA COM O MATERIAL PARA A APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA



APÊNDICE XIV
Procedimento de Trabalho:
Registos de Enfermagem – Consulta de Enfermagem de Vigilância de
Saúde Infantil durante o Primeiro Ano de Vida

1. OBJETIVO

- Assegurar a qualidade e a uniformização dos registos de enfermagem nas Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil, dirigidas à criança dos 0 aos 12 meses.

2. ÂMBITO DA APLICAÇÃO

- Este procedimento de trabalho destina-se aos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

3. SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

4. CONCEITOS

Adesão à Vacinação é um tipo de Comportamento de Adesão com as seguintes características específicas: desempenhar actividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis susceptíveis de prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE, 2003, p. 58).

Amamentar é um tipo de Ligação Mãe-Filho com as seguintes características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome (CIPE, 2003, p. 66).

Desenvolvimento Infantil é um tipo de Crescimento com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta (CIPE, 2003, p. 42).

Papel Parental é um tipo de Interação de Papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente (CIPE, 2003, p. 63).

Vinculação é um tipo de Paternidade com as seguintes características específicas: ligação entre a criança e o(s) pai(s); formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância (CIPE, 2003, p. 66).

5. DESCRIÇÃO

Os registos são um meio de comunicação entre a equipa multidisciplinar (Cadette & Oliveira, 2009). Para os enfermeiros, os registos permitem a individualização e a reflexão da qualidade dos cuidados prestados e a garantia da continuidade dos mesmos (Cadette & Oliveira, 2009). Os registos também constituem um documento legal para a equipa de saúde, para o cliente e para a instituição (Cadette & Oliveira, 2009).

O sistema de informação de enfermagem utilizado na UCSP está parametrizado com o aplicativo informático SClínico que utiliza na sua terminologia a versão Beta 2 da CIPE.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) construiu o documento, Resumo Mínimo de Dado de Enfermagem, com vista a definir linhas gerais, que possibilitem a produção automática de vários indicadores de enfermagem, para diferentes níveis de cuidados e diferentes utilizadores. Neste documento são apresentados indicadores que possibilitam identificar os ganhos de saúde da população e traduzem de forma clara o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2007).

Tendo em conta os indicadores da OE, os focos da CIPE parametrizados no SClínico utilizado na UCSP e a realidade das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil no primeiro ano de vida, os registos de enfermagem devem conter os seguintes focos: **Adesão à Vacinação, Desenvolvimento Infantil, Papel Parental**. Os focos **Amamentar e Vinculação** devem ser incluídos pelos enfermeiros especialistas caso se justifique. Os campos “avaliação do risco familiar” e “cuidados antecipatórios” disponíveis na aplicação de suporte ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) também devem ser preenchidos. Estes registos irão refletir a intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil.

Segundo o PNSIJ (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2013), as idades-chave preconizadas para realização de Consultas de Vigilância de Saúde Infantil no primeiro ano de vida são:

- 1.ª semana de vida
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

As consultas de enfermagem pressupõem uma intervenção junto do cliente, em que são realizados uma avaliação e um diagnóstico, ou é delineado um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem (Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS, 2017). Os registos da consulta pressupõem pelo menos dados de uma avaliação, um novo diagnóstico e pelo menos uma intervenção de enfermagem (ACSS, 2017). Pode também conter pelo menos um diagnóstico ativo e pelo menos um novo registo de intervenção de enfermagem (ACSS, 2017).

5.1 Avaliação Inicial

A **avaliação inicial** é a primeira etapa do processo de enfermagem (Gulanick & Myers, 2017) e por isso deve ser realizada na primeira consulta. A

informação recolhida durante esta avaliação permite identificar diagnósticos de enfermagem e elaborar um plano de cuidados de enfermagem adequado à criança, ao jovem e sua família (Gulanick & Myers, 2017). Os dados da avaliação inicial podem ser registados na aplicação informática de suporte ao PNSIJ.

5.2 Intervenções de Enfermagem

Para definir um diagnóstico de enfermagem, devem ser associadas intervenções de enfermagem que determinem o potencial e/ou o conhecimento da mãe ou/e do pai sobre determinado assunto. Após o diagnóstico deve ser registada uma intervenção de enfermagem que dê resposta ao diagnóstico. No quadro seguinte serão apresentadas as intervenções mais adequadas às necessidades das crianças e famílias.

Quadro 1 – Focos, Diagnósticos e Intervenções

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Adesão à Vacinação	Adesão/Não Adesão à Vacinação Potencial/ Não Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai sobre a vacinação Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre vacinação	Avaliar adesão à vacinação Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre vacinação Administrar vacina Planejar vacinação Vigiar resposta/reacção à vacina Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vacinas
Amamentar	Sem/ Comprometido Potencial para amamentar Potencial para melhorar o conhecimento sobre o amamentar	Avaliar conhecimento sobre o amamentar Avaliar potencial para amamentar Avaliar a capacidade para extrair o leite Avaliar o amamentar

	Potencial para melhorar a capacidade para extrair o leite	Assistir no amamentar Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre aleitamento materno Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre o mamar Incentivar amamentação Identificar tipo de amamentação/aleitamento Ensinar sobre armazenamento do leite materno
Desenvolvimento Infantil	Potencial/Não potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre desenvolvimento infantil Conhecimento/Não Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre desenvolvimento infantil	Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil Avaliar desenvolvimento da criança (aplicar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada) Avaliar movimento articular da anca Monitorizar altura Monitorizar peso corporal Monitorizar índice de massa corporal Monitorizar perímetro cefálico Vigiar coto umbilical Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desenvolvimento infantil Vigiar fontanela Vigiar reflexos da criança

		Vigiar tónus muscular Avaliar a dentição
Papel Parental	Sem/Com compromisso do papel parental Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)	Avaliar papel parental Apoiar papel parental Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre choro Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre higiene Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre cuidados à pele Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de acidentes
Vinculação	Sem/Com vinculação comprometida Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a vinculação Conhecimento/Não Demonstra Conhecimento	Avaliar comportamentos de vinculação Avaliar conhecimento da mãe e (ou) pai para promover a vinculação Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vinculação

da mãe e (ou) pai para promover a vinculação

5.3 Avaliação do risco familiar

Na aplicação de suporte ao PNSIJ deverá ser realizada a **avaliação do risco familiar** na primeira consulta e atualizada sempre que houver necessidade. A avaliação do risco familiar inclui os seguintes parâmetros: fatores de risco; fatores de proteção; sinais de alerta; indicadores, sinais e sintomas; tipo de risco e/ou de maus tratos identificados; tipo de acompanhamento efetuado da criança, do jovem e da família. Esta avaliação permite compreender as relações familiares com o ambiente e a comunidade (Hockenberry, 2014) e serve de ferramenta para os profissionais de saúde diagnosticarem e intervirem em situações de maus tratos em crianças (DGS, 2016).

5.4 Cuidados antecipatórios

Os **cuidados antecipatórios** são fatores de promoção da saúde e prevenção da doença da criança e do jovem, fornecendo aos pais ou outros cuidadores conhecimentos prévios que os ajudarão a compreender o desenvolvimento do seu filho e a prepararem-se antecipadamente para responderem às necessidades da criança e do jovem, promovendo o desenvolvimento infantil e a parentalidade (Brazelton, 2013; DGS, 2013). Os cuidados antecipatórios realizados devem ser registados na aplicação de suporte ao PNSIJ, bem como as atividades promotoras do desenvolvimento adequadas a cada grupo etário.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp->

content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf

Associação Portuguesa de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta 2. (2ª edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Cadette, M., Oliveira, V. (2009). Anotações do enfermeiro no acompanhamento e crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 301-306. Acedido a 02/02/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2016). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Relatório 2015*. Lisboa: DGS. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/relatorios.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

Gulanick, M. & Myers, J. L. (2017). *Nursing care plans: diagnoses, interventions, & outcomes* (9ª ed.) St. Louis: Elsevier.

Hockenberry, M.J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, (pp. 122-187). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: OE. Acedido a 20/01/2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_in_dicadores-vfout2007.pdf

APÊNDICE XV
Folheto Informativo: Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Conselhos de Segurança

- Atenção à temperatura dos alimentos: aquecidos no micro-ondas a temperatura não fica uniforme e pode causar queimaduras;
- Não alimentar o bebé deitado, não dar grandes pedaços de comida, não deixar o bebé sozinho a comer/com o biberão (risco de engasgamento).

Conselhos Gerais

- Se Aleitamento Materno não é necessária água até aos 6M. Depois dar várias vezes/dia, em pequenas quantidades. Contraindicados: chás (alteram a motilidade intestinal e absorção de minerais), sumos de fruta (reduzem o apetite e causam cáries) e sumos artificiais (têm sorbitol/ manitol que causam diarreia).
- Os alimentos sólidos devem ser dados à colher e a partir dos 11-12M deve ser dada a colher à criança, os líquidos também devem ser dados pelo copo para promover o desenvolvimento motor.



O leite de vaca só deve ser iniciado aos 12M. A partir dos 12M recomenda-se uma dieta saudável - variada e equilibrada a toda a família!!! Evitar os doces, fritos e refrigerantes e reduzir o sal na dieta familiar.

BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

European Network for the Public Health Nutrition: networking, monitoring, intervention and training. (2006). *Infant and young child feeding recommendations: standard for the European Union*.

Gregório, M. J., Santos, M. C. T., Ferreira, S. & Graça, P. (2012). *Alimentação Inteligente - Coma melhor, poupe mais*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediatr. Portuguesa*, 43(2), 17-40.

Horta, B. L. & Victora, C.G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. Switzerland: World Health Organization.

A refeição é um momento de família. Mantenha um ambiente calmo, sem distrações e sem conflitos. O seu bebé precisa de se adaptar aos novos sabores e texturas.



ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

Quando e como
começar?

Aleitamento Materno

É aconselhado em exclusivo até aos 6M e parcial até aos 24M, reduzindo o risco de otite média, gastroenterite aguda, infeções respiratórias, dermatite atópica, asma, obesidade, diabetes, leucemia.

Início da diversificação alimentar

4-6M

Substituir uma refeição de leite por **sopa ou papa**.




Como preparar a SOPA?

Base: batata + cenoura/abóbora + legume

Deverá introduzir um legume novo em cada 4-5 dias (cebola, alho francês, alho, alface, couve branca, brócolos, curgete) para que o seu bebé se adapte aos novos sabores e para que mais facilmente se possa detetar possíveis intolerâncias. A sopa deverá ter no máximo 4 a 5 legumes.

Adicionar 1 colher de chá de azeite depois dos legumes cozidos. Triturar os legumes. Confecionar a sopa diariamente, ou de 2 em 2 dias e conservar no frio, em recipiente apropriado.

 A beterraba, o nabo, o aipo, a nabiça, o espinafre, o tomate e as leguminosas pelo elevado teor de nitratos e fitatos, só a partir dos 12M. Não adicionar condimentos e sal.



PAPA

Lácteas: preparadas com água.

Não lácteas: preparadas com o leite que é dado ao lactente.


Uma papa por dia (35-50gr - 2 a 5 colheres de sopa rasas) de farinha.

Sem glúten até aos 6M.

Não juntar papa no biberão.



FRUTA - Maçã/pera (cozida, assada, vapor), banana - triturada, como sobremesa. Não adicionar açúcar ou mel. 6M introduzir uvas, ameixas, melão e meloa. Introduzir uma fruta nova em cada 4-5 dias.

 A manga e a papaia só entre o 8M e 9M. O morango, amora, maracujá, kiwi, framboesas e os citrinos só após os 12M por serem alergénicos e induzirem libertação de histamina.

6 - 9M



CARNE

6M - frango, peru, coelho, avestruz ou carneiro. Na 1ª semana a carne deverá ser cozida na sopa, retirando-se no final da cozedura. Se não houver alergias, na semana seguinte a carne deve ser triturada na sopa. Iniciar com 10gr de carne aumentando gradualmente até 30gr/dia = 1 colher de sopa=tamanho da palma da mão do seu bebé. Após os 12M podem ser introduzidos os outros tipos de carne.

8M - 2 refeições de sopa/dia. 30gr de carne podem ser oferecidas numa só refeição ou repartidas entre o almoço e jantar. Deve-se introduzir alimentos menos triturados e pode-se introduzir o pão para estimular a mastigação. O bebé já pode fazer uma refeição completa: sopa + prato + fruta.



IOGURTE


Entre os 8-9M ao lanche iogurte natural não açucarado. Pode adicionar fruta.

9- 12M



PEIXE

Pescada, linguado, solha/faneca no mesmo processo que se introduz a carne.

 O salmão só após os 10-12M pelo seu elevado teor de gordura que pode causar intolerância digestiva. São aconselhadas 4 refeições de carne e 3 refeições de peixe por semana.



GEMA DE OVO

Gradual: 1/2 gema cozida/refeição/semana durante 2-3 semanas passando a 1 gema/refeição/semana nas 2-3 semanas seguintes. Não consumir mais do que 1 gema/refeição e não mais de 2 a 3/semana. 1 gema substitui a carne/peixe nessa refeição. A clara de ovo só deve ser iniciada aos 11M ou aos 24M em caso de história individual de atopia.

APÊNDICE XVI

**Pedidos de autorização ao Conselho de Administração do Agrupamento
de Centros de Saúde/Anexos aos Pedidos**

Ao Conselho de Administração do Agrupamento de Centros de Saúde do _____

Assunto: Pedido de autorização para consulta de processos

Exma Sra. Dra. Executiva _____

Eu, Raquel Sofia Gomes da Cunha, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de _____, encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento encontro-me a desenvolver um projeto de estágio, intitulado “*Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista*” e tem como objetivos gerais desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento e desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil.

Para tal, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para a recolha de dados dos processos dos utentes com idade limite a um ano, de ambos os sexos, inscritos de 2015 a 2017 na UCSP de _____. Esta recolha irá decorrer das notícias de nascimento e dos registos das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Pretende-se recolher dados estatísticos como taxas de vacinação, taxas de diagnósticos precoces efetuados, número de Consultas de Vigilância de Saúde Infantil realizadas, número de crianças com aleitamento materno exclusivo, número de referências, em casos de alterações de desenvolvimento para outras unidades e outros dados relativos ao desenvolvimento infantil. Estes dados irão permitir perceber os aspetos a melhorar e deste modo aumentar a qualidade dos cuidados, a satisfação dos clientes e, essencialmente, promover um desenvolvimento infantil saudável.

O período de tempo de recolha de dados decorrerá preferencialmente entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2018, assegurando a confidencialidade dos mesmos.

O projeto é orientado pela Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça e em anexo apresento uma breve fundamentação do projeto.

Agradecendo desde já a sua consideração e disponibilidade, fico a aguardar uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Sofia Gomes da Cunha (Enfermeira na UCSP de _____)

Ao Conselho de Administração do Agrupamento de Centros de Saúde do _____

Assunto: Pedido de Autorização para realização de uma entrevista semiestruturada
Exma Sra. Dra. Executiva _____

Eu, Raquel Sofia Gomes da Cunha, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de _____, encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento encontro-me a desenvolver um projeto de estágio, intitulado “*Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista*” e tem como objetivos gerais desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento e desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil.

Para tal, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de uma entrevista semiestruturada aos pais das crianças com limite de idade de um ano, de ambos os sexos, inscritas na UCSP de _____, que se dirijam às Consultas de Vigilância de Saúde Infantil. Com a sua utilização pretende-se caracterizar as necessidades e dificuldades percebidas pelos pais no âmbito da vigilância de saúde dos seus filhos, na UCSP.

O período de tempo de recolha de dados decorrerá preferencialmente entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2018, assegurando a confidencialidade dos mesmos, bem como a participação voluntária. Antes da realização da entrevista aos pais será solicitado o consentimento informado.

O projeto é orientado pela Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça e em anexo apresento uma breve fundamentação do projeto, o guião da entrevista e o respetivo consentimento informado.

Agradecendo desde já a sua consideração e disponibilidade, fico a aguardar uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Sofia Gomes da Cunha (Enfermeira na UCSP de _____)

Ao Conselho de Administração do Agrupamento de Centros de Saúde do _____

Assunto: Pedido de Autorização para realização de um questionário

Exma Sra. Dra. Executiva _____

Eu, Raquel Sofia Gomes da Cunha, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de _____ encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento encontro-me a desenvolver um projeto de estágio intitulado “*Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista*” e tem como objetivos gerais desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nas várias etapas do desenvolvimento e desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento infantil.

Para tal, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um questionário aos enfermeiros da UCSP de _____. Com a sua utilização, pretende-se identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros, bem como benefícios da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.

O período de tempo de recolha de dados decorrerá preferencialmente entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2018, assegurando a confidencialidade dos mesmo, bem como a participação voluntária. Antes da realização do questionário aos enfermeiros será solicitado o consentimento informado.

O projeto é orientado pela Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça e em anexo apresento uma breve fundamentação do projeto, o questionário e o respetivo consentimento informado.

Agradecendo desde já a sua consideração e disponibilidade, fico a aguardar uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Sofia Gomes da Cunha (Enfermeira na UCSP de _____)

ANEXOS AOS PEDIDOS

ASSUNTO: FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO

A promoção do desenvolvimento da criança é essencial na redução da mortalidade infantil (Alexandre, Labronico, Maftum & Mazza, 2012) e as famílias são parceiros fundamentais no cuidado à criança. São assim também necessários profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros que, em parceria com as famílias, favorecem o desenvolvimento de competências parentais promotoras do desenvolvimento infantil (Serapioni, 2005).

Como enfermeira de cuidados gerais, exerço funções desde Março de 2016 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de _____ que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do _____. A UCSP de _____ tem 1052 clientes inscritos com idade inferior a 18 anos, em que 341 são crianças com idade igual ou inferior a 6 anos. Constatei que, de 2015 para 2016, houve um aumento de recém-nascidos inscritos (28 para 47 recém-nascidos inscritos) (Núcleo de Estudos e Planeamento, 2017). A carência de elementos de enfermeiros e médicos na equipa de saúde e a organização atual das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil, não permite muitas vezes assegurar adequadamente as consultas preconizadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) emitido pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013). O PNSIJ (DGS, 2013) preconiza várias linhas-mestras tais como: idades-chave em que se devem realizar Consultas de Vigilância de Saúde Infantil, com enfoque, por exemplo, no acolhimento, na avaliação do crescimento e do desenvolvimento e da relação familiar, bem como nos cuidados antecipatórios para cada consulta e no cumprimento da imunização preconizada.

O tema do projeto “*Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista*” surge assim, pela necessidade de definir estratégias que assegurem adequadamente a promoção do desenvolvimento infantil, nomeadamente estratégias de organização das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil. Através da elaboração do projeto e da sua operacionalização, pretende-se identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a importância que atribuem à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida, bem como identificar as necessidades e dificuldades dos pais na vigilância de saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida. Para tal, pretende-se realizar um breve questionário aos enfermeiros da UCSP e uma

entrevista semiestruturada aos pais de crianças até um ano de idade, que se dirijam às Consultas de Vigilância de Saúde Infantil da UCSP, uma vez que a identificação dessas necessidades e dificuldades poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, da satisfação dos clientes e, essencialmente, para a promoção do desenvolvimento infantil.

O primeiro ano de vida é por mim considerado como prioritário, por se tratar de um período crítico, durante o qual os fatores ambientais e as primeiras experiências relacionais têm um efeito crucial sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança (Siegel, 1999 citado por Silva, Eira, Vicente & Guerreiro, 2003).

Referências Bibliográficas

- Alexandre, A. M. C., Labronico, L. M, Maftum, M. A. & Mazza, V. A. (2012). Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(2), 272-279. Acedido a 04/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a02v46n2.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 15/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Região Africana da OMS: Mais Saúde para as Pessoas*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 23/09/2017. Disponível em: <http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/3606/ARHR-2014-po.pdf>
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10, 243-253. Acedido a 16/07/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>
- Silva, P. C., Eira, C., Vicente, M. G. & Guerreiro, R. (2003). Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica*, 1(XXI), 59-76.

CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO OS PAIS

Informação sobre o projeto

Eu, Raquel Sofia Gomes da Cunha, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de _____, encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e a realizar nesse âmbito um projeto de estágio onde se pretende caracterizar as necessidades e dificuldades percebidas pelos pais no âmbito da vigilância de saúde dos seus filhos, na UCSP.

Neste sentido, venho pedir a sua colaboração para a realização de uma breve entrevista semiestruturada, uma vez que considero que as suas ideias, opiniões e sugestões são muito importantes para os profissionais de saúde poderem melhorar a qualidade dos cuidados, a sua satisfação e, essencialmente, promover um desenvolvimento saudável do seu filho e de todas as crianças que recorrem à nossa Unidade de Saúde.

Ressalto que não existem respostas certas ou erradas, sendo que o importante é a sua opinião pessoal, por isso peço-lhe que seja sincero. A escolha de participar na entrevista é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem haver qualquer problema.

Será sempre garantida a confidencialidade. Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial. Os resultados da entrevista serão utilizados no âmbito deste projeto nunca sendo os participantes identificados.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Enfermeira Raquel Cunha

Declaração de consentimento informado

Todos os procedimentos do projeto e da entrevista foram-me explicados e todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Percebo que a participação na entrevista não acarreta qualquer tipo de desvantagens potenciais. Fui informado(a) que a escolha de participar na entrevista é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem haver qualquer problema e que é salvaguardada a confidencialidade e anonimato. Assim, declaro que aceito participar neste projeto.

O Participante: _____ Data: ___/___/___

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DIRIGIDA AOS PAIS

Tema: “Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista”

Objetivos:

- Compreender a perceção dos pais sobre a importância da vigilância de saúde do seu filho;
- Identificar as necessidades e dificuldades dos pais na vigilância de saúde dos seus filhos, no primeiro ano de vida;
- Conhecer a opinião dos pais sobre o acesso e a intervenção do enfermeiro na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil da UCSP;
- Recolher sugestões para melhorar as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil.

População e amostra: Pais de crianças com idade até um ano de vida inscritos na UCSP de _____.

Blocos	Objetivos	Procedimentos/Questões
Legitimação da Entrevista	- Informar os pais acerca da importância e objetivo do projeto e da entrevista a desenvolver; - Motivar os pais a participarem na entrevista.	- Apresentação breve do projeto e objetivos da entrevista; - Preenchimento da autorização para a realização da entrevista (consentimento informado), garantido a confidencialidade e o anonimato.
Caracterização sociodemográfica do entrevistado	- Caracterizar o entrevistado.	- Sexo; Idade; Estado civil; Escolaridade; Profissão; Situação laboral.
	- Compreender a perceção dos pais sobre a importância da vigilância de saúde do seu filho.	- Pensa que a vigilância de saúde é importante para o seu filho? Porquê? - Quais os aspetos que o/a mais preocupa nos cuidados de saúde/desenvolvimento ao seu filho?

<p>Percepção subjetiva dos pais sobre a vigilância de saúde do seu filho e respectivas consultas no primeiro ano de vida</p>	<p>- Conhecer a opinião dos pais sobre o acesso e a intervenção do enfermeiro na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil da UCSP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pensa que a UCSP responde às necessidades de vigilância de saúde do seu filho? - Tem dificuldades no acesso a estas consultas? - Com que regularidade recorre às consultas de vigilância? - Porque não recorre mais vezes? - Recorre apenas ao serviço público ou também ao privado? Porquê? - Considera que o enfermeiro é importante na vigilância de saúde do seu filho? Porquê? - Quando tem dúvidas, coloca-as ao enfermeiro? - Pensa que o enfermeiro está tempo suficiente consigo? - Ele responde de forma satisfatória às suas dúvidas e dificuldades?
<p>Sugestões dos pais para melhorar as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil</p>	<p>Recolher sugestões para melhorar as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O que é que pensa que se poderia melhorar nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil? - Que sugestões gostaria de deixar aos enfermeiros para melhorar essas consultas?
	<p>- Finalizar a entrevista.</p>	<p>Obrigado pela sua disponibilidade para participar nesta atividade. A sua colaboração foi muito importante.</p>

CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS

Carta explicativa do projeto aos participantes

Eu, Raquel Sofia Gomes da Cunha, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de _____, encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e a realizar nesse âmbito um projeto de estágio onde se pretende identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros, bem como benefícios da promoção e avaliação do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida

Neste sentido, venho pedir a sua colaboração para a realização de um breve questionário, uma vez que considero que a partilha das suas dificuldades sentidas, são muito importantes para se poderem melhorar a qualidade dos cuidados, a satisfação dos clientes e, essencialmente, promover um desenvolvimento infantil saudável.

Ressalto que não existem respostas certas ou erradas, sendo que o importante é a sua opinião pessoal, por isso peço-lhe que seja sincero. A escolha de participar no questionário é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem haver qualquer problema.

Será sempre garantida a confidencialidade. Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial. Os resultados do questionário serão utilizados no âmbito deste projeto e nunca sendo os participantes identificados.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Enfermeira Raquel Cunha

Declaração de consentimento informado

Todos os procedimentos do projeto e do questionário foram-me explicados e todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Percebo que a participação no questionário não acarreta qualquer tipo de vantagens potenciais. Fui informado(a) que a escolha de participar no questionário é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem haver qualquer problema e que é salvaguardada a confidencialidade e anonimato. Assim, declaro que aceito participar neste projeto.

O Participante: _____ Data: ___/___/___

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS

Exma(o) Senhor/a

Eu, Raquel Sofia Gomes da Cunha, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de _____, encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento, estou a desenvolver um projeto de estágio, intitulado “Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista”. Neste âmbito, pretendo realizar um questionário dirigido aos enfermeiros, com o objetivo de identificar a importância que os enfermeiros atribuem à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida, bem como as dificuldades e necessidades percebidas nesta área.

Tendo os enfermeiros um papel fundamental nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e na promoção do desenvolvimento infantil, **o seu contributo, experiência e partilha das dificuldades na promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, são essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados. Por isso solicito a sua colaboração, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados.**

Obrigada pela sua colaboração

Enfermeira Raquel Cunha

rakelkunhasapopt@gmail.com

Breve Questionário

Gênero: M F

Idade: ____ (anos)

Formação Acadêmica:

Bacharelato

Licenciatura

Pós-graduação Se sim, qual? _____

Especialização Se sim, qual? _____

Mestrado Se sim, qual a área? _____

Doutoramento Se sim, qual a área? _____

Tempo de exercício na profissão: _____

Tempo de exercício na profissão na UCSP de _____

Considerando que este projeto incide na promoção do desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida, por favor responda às seguintes questões, tendo em conta a idade referida.

1. Considera a promoção do desenvolvimento infantil como principal foco das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil? Porquê?

2. Considerando a sua intervenção nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil, quais os aspetos onde sente maiores dificuldades atendendo ao desenvolvimento infantil?

3. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o desenvolvimento infantil assenta em nove pilares: amamentação/alimentação diversificada, imunização, higiene e vestuário, sono e repouso, brincar, disciplina, segurança, afetos e sexualidade. Quais as áreas que mais valoriza na sua intervenção durante a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil?

4. Em sua opinião, quais as áreas onde os pais têm mais dificuldades?

5. Utiliza alguma Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil?

Sim___ Não___ Se sim, diga qual_____ e com que frequência utiliza?

Sempre___ Quase Sempre___ Por vezes___ Raramente___

6. O que pensa que neste momento dificulta a intervenção do enfermeiro na promoção/avaliação do desenvolvimento infantil, nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil na UCSP de _____?

7. Em sua opinião o que poderia ser feito para implementar melhores práticas de enfermagem na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil na UCSP de _____?

8. Pense agora em alguns aspetos ao nível da organização e dinâmica das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil, e respetivas intervenções e assinale aqueles em que sente maiores dificuldades:

- Material disponível
- Articulação com a consulta médica
- Encaminhamento para outro profissional de saúde ou instituição (psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), Saúde Mental, Centro de Paralisia Cerebral)
- Comunicação com os pais
- Responder às dificuldades e necessidades ou dúvidas dos pais
- Cuidados antecipatórios
- Registos de enfermagem (dificuldade em saber o que registar; registos de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil)
- Outros. Especifique. _____

9. Tendo em conta os aspetos que identificou anteriormente, refira aqueles que entende serem necessários e possíveis de melhorar durante o ano em curso.

10. Durante o seu percurso académico, teve formação na área da promoção do desenvolvimento infantil? Sim____ Não____

11. E durante o seu percurso profissional, teve formação nesta área?

Sim __Não __

12. Sente necessidade de formação nesta área? Sim _____ Não _____

Em caso afirmativo, quais os aspetos que gostaria de ter formação ou aprofundar conhecimentos e partilhar experiências?

Agradeço mais uma vez a sua importante participação!