

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA:**

**Impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em
idade pré-escolar**

Ana Freitas Viveiros

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,
2024**



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior
Saúde Santa Maria

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA:**

**Impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em
idade pré-escolar**

Ana Freitas Viveiros

Orientadora: Professora Maria Olívia Sousa de Freitas Barcelos

Coorientadora: Professora Cláudia Sofia Freitas Fernandes

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,
2024**

“É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”

Provérbio africano

Dedico este trabalho aos meus pais:
são os meus alicerces.
Este trabalho também é vosso!

AGRADECIMENTOS

Finalizado este longo e árduo percurso, é com enorme satisfação que encaro a concretização deste objetivo profissional e pessoal. Cabe-me demonstrar a minha gratidão a quem me acompanhou, apoiou e orientou.

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e à Escola de Enfermagem de Santa Maria do Porto pela oportunidade de concretizar um dos meus projetos de vida.

Ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira e à Direção de Enfermagem que viabilizaram a licença de equiparação a bolseiro e disponibilizaram os contextos de prática clínica essenciais para o desenvolvimento de competências especializadas.

À Professora Olívia Barcelos e à Professora Cláudia Fernandes pela orientação, disponibilidade e encorajamento durante a realização da tese.

A todos os enfermeiros que me acompanharam neste percurso, especialmente às enfermeiras tutoras, pelo profissionalismo, orientação e oportunidades de aprendizagem.

À equipa multidisciplinar do Serviço de Cardiologia e de Cirurgia Cardiorácica, em especial aos meus colegas enfermeiros, pela cooperação, incentivo e aprendizagens.

À minha família, irmão e avó, pela paciência e orgulho.

À minha mãe e ao meu pai que continuam a cuidar de mim, pelo seu apoio incondicional, sem eles este percurso não seria possível.

Ao meu tio Abel por ser uma inspiração como pessoa e como profissional.

Às minhas afilhadas, Leonor e Sol, pela alegria de acompanhar o seu crescimento.

À Eduarda que me guia desde os primeiros momentos da vida académica e profissional e, assim, se tornou família, pela sua amizade, sabedoria e ajuda.

À Andreia José por ter sido a ouvinte de todas as horas, pela sua assertividade nos momentos de maior fragilidade e por me impulsionar diariamente a realizar a tese.

À Andreia Camacho pela empatia, incentivo e companhia neste percurso.

À Licínia pela presença e por acreditar em mim desde sempre.

A todos os meus amigos, por todos os momentos vividos e pela confiança que em mim depositam e incentivo.

A todas as crianças e pais a quem prestei cuidados.

O meu sincero obrigada!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

Marthin Luther King

RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria – Porto, elaborou-se o presente relatório de Mestrado intitulado “Desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar”.

Tendo como finalidade demonstrar capacidade de conceção e de implementação de intervenções especializadas à criança, jovem e família, de análise e reflexão sobre as mesmas e das respetivas implicações éticas e legais, assim como, de fundamentação científica e de comunicação dos seus resultados, o relatório evidencia o trajeto realizado ao longo dos estágios para o desenvolvimento e consolidação de competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente, assistir a criança, jovem e família na maximização da sua saúde, cuidar da criança, jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento.

Revela um especial interesse pelo impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, pelo que se realizou um estudo de revisão integrativa. Concluiu-se que as tecnologias têm impacto negativo e positivo, sendo o impacto negativo predominante, nomeadamente a nível da socialização, cognição, atenção e concentração.

Consolidado numa metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, fundamentada na evidência científica e nos referenciais da profissão, o relatório organiza-se em três capítulos. O primeiro relata a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências. O segundo refere-se ao estudo de revisão integrativa sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, seguido pelo terceiro capítulo que integra a proposta de intervenção na ótica do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre o tema em estudo na revisão integrativa.

Palavras-chave: Enfermagem especializada; Enfermagem pediátrica; Cuidado à criança, jovem e família; Tecnologia; Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

As part of the Master's degree course in Child and Pediatric Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, in partnership with the Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria - Porto, this Master's report entitled "Development of competencies in Child and Pediatric Health Nursing: Impact of technologies on preschool child development" was prepared.

With the aim of demonstrating the ability to design and implement specialized interventions for children, young people and families, to analyze and reflect on them and their ethical and legal implications, as well as to provide scientific grounds and communicate their results, the report shows the path taken during the internships to develop and consolidate common competences, specific and master's competences of the nurse specializing in Child and Paediatric Health Nursing, namely assisting the child, young person and family in maximizing their health, caring for the child/young person and family in situations of special complexity and providing specific care in response to the needs of the life cycle and development.

It is particularly interested in the impact of technology on pre-school children's development, and so an integrative review study was carried out. It was concluded that technologies have a negative and positive impact, with the negative impact being predominant, particularly in terms of socialization, cognition, attention and concentration.

Consolidated in a descriptive, analytical and critical-reflective methodology, based on scientific evidence and the benchmarks of the profession, the report is organized into three chapters. The first reports on the reflective analysis of skills development. The second refers to the integrative review study on the impact of technologies on pre-school child development, followed by the third chapter which includes the intervention proposal from the perspective of the specialist nurse in Child Health and Pediatric Nursing on the topic studied in the integrative review.

Key Words: Specialized nursing; Pediatric Nursing; children, youth and family care-, Technology; Child development.

LISTA DE SIGLAS

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DGS – Direção Geral de Saúde
ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros
IPO – Instituto Português de Oncologia
MESH – Medical Subject Headings
MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes Baseados em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem
SGS II – Schedule of Growing Skills II
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF – Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA.....	19
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	23
1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	24
1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	32
1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	39
1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	44
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	47
1.2.1. Assistência a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	48
1.2.2. Cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade ..	59
1.2.3. Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	65
1.3. Processo de desenvolvimento de competências de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	71
CAPÍTULO II - ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM IDADE PRÉ-ESCOLAR.....	77
2.1. Metodologia	82
2.2. Resultados.....	83
2.3. Discussão	88
2.4. Conclusão.....	93
CAPÍTULO III - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
APÊNDICES.....	i

APÊNDICE A – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS A UM RECÉM-NASCIDO INTERNADO NUM SERVIÇO DE PEDIATRIA: IMPACTO TRANSICIONAL NA PARENTALIDADE.....	iii
APÊNDICE B – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS A UM ADOLESCENTE INTERNADO NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	xxi
APÊNDICE C – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA..	xxxiii
APÊNDICE D – SÍNTESE DOS ESTUDOS INTEGRANTES DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA	lvii

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorização do impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.....	87
Tabela 2 - Planeamento da sessão de educação sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil.....	98

INTRODUÇÃO

A prática de Enfermagem requer o desenvolvimento de novas competências, sendo dever dos enfermeiros a atualização contínua dos seus conhecimentos na senda da melhoria contínua dos cuidados. Neste sentido, emerge a necessidade de desenvolver competências especializadas, sendo que o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) constitui uma oportunidade de desenvolver competências especializadas e de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP).

Neste sentido, o presente relatório de Mestrado pretende dar resposta aos requisitos da Unidade Curricular: Módulo IV – Relatório, no âmbito do primeiro curso de MESIP a cargo da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria – Porto e possibilitar a obtenção do grau de mestre em ESIP.

Este relatório intitulado por “Desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar” conta com a orientação da Professora Maria Olívia Sousa de Freitas Barcelos e com a coorientação da Professora Cláudia Sofia Freitas Fernandes.

De acordo com o Decreto-lei n.º 65/2018, a atribuição de título de mestre requer a realização de um estágio de natureza profissional com relatório final. Neste sentido, este relatório caracteriza-se pela sua componente reflexiva e descritiva, uma vez que a sua finalidade é o relato do desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista em ESIP durante os estágios. Assim, será possível realizar a associação entre os conhecimentos teóricos obtidos na componente teórica do curso de MESIP, bem como no estudo autónomo com os conhecimentos advindos da experiência nos vários contextos de prática clínica.

A componente prática deste curso de MESIP foi realizada em vários campos de estágio, que passo a enumerar:

- Estágio I: Módulo I – Estágio de Pediatria em Unidades de internamento medicina/ hemato-oncologia: Serviço de Pediatria de Medicina e Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia (IPO);
- Estágio I: Módulo II – Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia: Serviço de Cirurgia Pediátrica;

- Estágio I: Módulo III – Estágio de Pediatria em Neonatologia: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (UCINP);
- Estágio II: Módulo I – Estágio de Pediatria em Urgências Pediátricas/Cuidados Intensivos Pediátricos: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP);
- Estágio II: Módulo II – Estágio de Saúde Infantil na Comunidade: Centro de Saúde;
- Estágio II: Módulo III – Estágio de Saúde Infantil em Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança: Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC).

A atribuição do título de mestre apela à investigação, pelo que considero essencial a realização de um estudo de revisão integrativa sobre uma problemática de interesse. A temática escolhida foi o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, a qual tornou-se relevante para estudo pelo facto de marcar o quotidiano das crianças e das respetivas famílias, uma vez que cada vez mais cedo as crianças têm acesso à tecnologia e com maior facilidade. Compreender as implicações das novas tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, suscitou ao longo das práticas clínicas alguma inquietude, pelo que tive interesse em desenvolver esta temática, tendo em consideração que o enfermeiro especialista em ESIP desempenha um papel crucial na maximização da saúde da criança/jovem e família. Sendo assim, é relevante compreender através da metodologia científica as implicações que a tecnologia acarreta nas crianças em idade pré-escolar e, conseqüentemente, transmitir aos pais esse conhecimento.

O enfermeiro especialista em ESIP promove o desenvolvimento infantil através de estratégias, como o apoio, o ensino, a instrução e o treino. Face a isto e à evidência científica obtida através do estudo de revisão integrativa, é imperativo a realização de uma proposta de intervenção sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.

Em concordância com o anteriormente descrito, propôs-me a desenvolver os seguintes objetivos: realizar uma análise crítico-reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre em ESIP; dar a conhecer o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar através de um estudo de revisão integrativa; e elaborar uma proposta de intervenção do enfermeiro especialista em ESIP face ao impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório baseia-se no método descritivo, analítico e crítico-reflexivo. Mais especificamente, descreve-se numa ótica crítica

o processo de desenvolvimento de competências simultaneamente com a análise das atividades realizadas e das experiências vivenciadas nos estágios. Neste processo há a corroboração entre as experiências da prática clínica com a evidência científica, modelos teóricos de Enfermagem, princípios éticos e deontológicos do exercício profissional e competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista em ESIP.

Estruturalmente, o relatório constitui-se por três capítulos. O primeiro capítulo relata a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre em ESIP. O segundo capítulo integra o estudo de revisão integrativa sobre o tema escolhido. Por fim, o terceiro capítulo é composto pela proposta de intervenção na ótica do enfermeiro especialista em ESIP sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.

A norma utilizada para tratamento de fontes, citações e referências bibliográficas é a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, norma proposta pela sétima edição da American Psychological Association, expostas no documento “Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações” (versão 1.2).

**CAPÍTULO I - DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E
ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE:
UMA ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA**

Enfermagem, segundo as definições do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), publicado em Diário da República no Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 4º, e do International Council of Nurses (ICN) (2024), constitui uma profissão integrada na área de saúde, que presta cuidados de Enfermagem através de intervenções autónomas e interdependentes a pessoas saudáveis ou doentes de todos os ciclos vitais, famílias, grupos sociais e comunidades. O intuito dos cuidados de Enfermagem é promover a saúde, prevenir a doença e recuperar a saúde dos doentes, bem como maximizar a capacidade funcional o mais rápido possível. Além disto, os enfermeiros devem garantir ambientes seguros, promover a investigação e a educação e participar na gestão dos sistemas de saúde e na definição de políticas (ICN, 2024).

A Enfermagem existe desde o início da humanidade, todavia foi com Florence Nightingale que surgiu a Enfermagem contemporânea, ao desenvolver a primeira teoria de Enfermagem. Esta teórica reconheceu a Enfermagem como profissão e defendia que os cuidados devem basear-se na ciência (Peres et al., 2021). Com o despertar da Enfermagem para a ciência, várias foram as teorias e modelos de Enfermagem desenvolvidas ao longo dos anos, influenciando toda a disciplina, desde a teoria à prática e, assim, promovendo a evolução da profissão e, consequentemente, o aumento da qualidade dos cuidados de saúde (Teixeira, 2021).

Atualmente, os cuidados de saúde, bem como os cuidados de Enfermagem exigem maior competência técnica e científica. Surge, assim, a necessidade dos enfermeiros aprofundarem conhecimentos, adquirirem novas competências e se diferenciarem, de forma que os cuidados prestados sejam de maior qualidade (Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com Amaral e Figueiredo (2021), possuir competência está associado com a capacidade de mobilizar eficientemente conhecimentos e recursos para a realização de uma tarefa, tendo em conta o contexto de ação e o sujeito que a possui. Mais especificamente, competência em Enfermagem é a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável e sob condições diversas num contexto real. Na mesma linha de pensamento, Oliveira et al. (2015), refutam este conceito acrescentando que a prestação de cuidados de Enfermagem com competência resulta da conjugação do conhecimento com o desempenho, a habilidade, a atitude e os valores. Assim, e indo ao encontro com o defendido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003), a competência é uma capacidade complexa e uma condição primordial para a garantia de uma prática de cuidados com qualidade, segurança e responsabilidade profissional.

Um estudo realizado por Oliveira et al. (2015) a enfermeiros portugueses em contexto hospitalar, concluiu que os enfermeiros que possuem formação especializada, nomeadamente, curso de especialização, apresentam níveis superiores de competência. O mesmo se verifica por categoria profissional, uma vez que os enfermeiros especialistas apresentam nível de competência superior comparativamente com os generalistas.

Segundo o Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015), o enfermeiro especialista diferencia-se do enfermeiro generalista por possuir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de Enfermagem especializados na sua área de especialidade. O título de enfermeiro especialista é reconhecido pela OE e atribuído ao detentor do título de enfermeiro há, pelo menos, quatro anos, inscrito nesta ordem como membro efetivo, que tenha o pagamento das quotas regularizado e que, após um curso de especialização em Enfermagem acreditado pela OE, viu-lhe certificadas as competências da sua área de especialidade (Regulamento n.º 392/2018).

O curso de MESIP confere ao enfermeiro o grau de mestre em Enfermagem e a especialização na área da ESIP. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (Regulamento n.º 422/2018), este profissional presta cuidados de nível avançado com competência e segurança à faixa etária compreendida entre o nascimento e os 18 anos, podendo-se alargar até aos 21 ou 25 anos em casos especiais, nomeadamente de doença crónica, deficiência e incapacidade, até que a transição para a vida adulta esteja concluída. A prática especializada em saúde infantil acontece em qualquer contexto, seja hospital, centro de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e domicílio, a crianças saudáveis ou doentes com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde possível. Implica a parceria de cuidados com a criança e a sua família/pessoa de referência, sujeitos indissociáveis (Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018).

Nesta ordem de ideias, o enfermeiro que detenha o título de mestre em ESIP, possui competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em ESIP e de mestre. Assim sendo, e atendendo ao enunciado no Decreto-Lei n.º 65/2018, Capítulo III - Artigo 20.º, para desenvolver as competências de mestre em Enfermagem é condição a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados” (p. 4164), o que permitirá desenvolver sincronizadamente as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

Seguindo esta linha de pensamento, os ensinamentos clínicos assumem momentos de grande importância, pois possibilitam o desenvolvimento de destreza e habilidade

profissional de forma fundamentada no conhecimento disponibilizado pela evidência científica (Benner, 2005). Identicamente, Watson (2005), defende que o processo de prestação de cuidados despoleta o pensamento crítico e, conseqüentemente, dá-se a elaboração de novos significados.

De maneira a nortear o meu papel enquanto futura enfermeira especialista em ESIP, a minha conduta durante os estágios assentou no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), nomeadamente nos quatros conceitos chave originários dos conceitos meta paradigmáticos: saúde da criança e do jovem, pessoa, ambiente da criança e do jovem e cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde da Criança e Jovem. Portanto, estes conceitos ditam que os cuidados de Enfermagem especializados em ESIP ambicionam maximizar a saúde e o bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança e do jovem, considerando a etapa do desenvolvimento que se encontram e as transições, normativas ou acidentais, que vivenciam. Neste processo, o enfermeiro especialista em ESIP encara a pessoa foco dos seus cuidados como a díade criança/jovem e respetiva família/pessoa de referência, uma vez que a criança é dependente dos pais e estes têm responsabilidade sobre elas, pelo que são também alvo de intervenção do enfermeiro especialista. Ademais, esta intervenção atenta ao ambiente onde se insere a criança e a sua família, ambiente, esse, que apresenta fatores protetores e stressores. Os cuidados de Enfermagem especializados em ESIP promovem as competências da criança e do jovem, bem como potenciam a sua saúde e maximizam o seu desenvolvimento infantil.

É imperativa a reflexão sobre o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESIP, bem como de mestre efetuado ao longo dos ensinamentos clínicos. Desta forma, é possível realizar a associação entre os conhecimentos teóricos e os momentos de prática experienciados através do relato do desenvolvimento de cada uma das competências e, assim, comprovando o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidades, que como futura enfermeira especialista em ESIP devo possuir e mobilizar nos diferentes contextos de cuidados e níveis de prevenção.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O título de enfermeiro especialista prevê que o seu detentor apresente, além das competências específicas da sua área de especialidade, “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744) que correspondem às competências comuns do enfermeiro

especialista. Estas envolvem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de Enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

As competências comuns são todas as que são comuns aos “enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). A sua aquisição é fruto de um processo dinâmico e contínuo, que se iniciou no primeiro dia do curso de MESIP e se prolongará até ao fim da vida profissional.

A OE, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), agrupa as competências comuns em quatro domínios distintos. Esses domínios são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que passarei a relatar individualmente para uma melhor compreensão de todo o percurso realizado.

1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal prevê duas competências: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

A primeira competência remete para o exercício de uma prática baseada na deontologia profissional, a qual está legislada na lei n.º 156/2015, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98 – Estatuto da OE. A deontologia profissional representa o estudo dos deveres de uma determinada profissão e pressupõe uma teoria geral da ação com a finalidade de garantir o bom exercício da mesma (Nunes, 2011). Desta forma, pretende regulamentar uma atividade profissional ao definir um conjunto de deveres inerentes à mesma, estabelecidos num código específico (Batista, 2019). No caso da Enfermagem, existe o Código Deontológico do enfermeiro, incluso no Estatuto da OE, que tem a finalidade de regular e supervisionar o acesso à profissão e o seu exercício através de normas técnicas e

deontológicas que atribuem ao enfermeiro a responsabilidade pelas decisões tomadas e pelos atos praticados ou delegados (Lei n.º 156/2015).

Durante o curso de MESIP, considero que desenvolvi uma prática de cuidados que promove a segurança, a privacidade, os direitos humanos das crianças e que tomei e contribui para tomadas de decisões éticas e deontológicas, na medida que cumpri e zelei “as obrigações emergentes do presente Estatuto, do Código Deontológico e demais legislação aplicável” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8101). Consequentemente, cumpri e zelei pelas “normas deontológicas e as leis que regem a profissão” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8102), bem como protegi e defendi “a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8102). Ademais, como determina o REPE, na minha prática adotei uma conduta responsável, ética e com respeito pelos direitos e interesses das crianças e das respetivas famílias (Lei n.º 161/96).

Seguindo esta linha de pensamento, o Código Deontológico do enfermeiro dita que “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (Lei n.º 156/2015, p. 8078). É sabido que a dignidade humana é um princípio basilar explícito no Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa (1976), pelo que sendo a Enfermagem uma profissão integrada na sociedade portuguesa, é imprescindível que na minha prática como futura enfermeira especialista em ESIP preste cuidados dignos. Nesta sequência, a prática desenvolvida regeu-se pelos princípios éticos, nomeadamente a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência da profissão. Atendi, igualmente, aos valores universais, como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Lei n.º 156/2015).

Ainda relacionado com esta competência, durante os estágios foram realizadas intervenções autónomas e interdependentes. De acordo com o REPE (Lei n.º 161/96), as intervenções autónomas são aquelas que os enfermeiros executam por sua única responsabilidade e iniciativa e as interdependentes são realizadas pelos enfermeiros por orientação formal ou prescrição de outros profissionais da equipa multidisciplinar onde se integram. Tanto nas intervenções autónomas, como nas interdependentes está presente um processo de tomada de decisão, pois mesmo na intervenção interdependente, onde está implícito uma prescrição, o enfermeiro toma uma decisão baseada na avaliação técnica, científica, ética, deontológica e jurídica e, desta maneira, conclui se executa a prescrição, assumindo a responsabilidade da decisão que toma (Lei n.º 161/96). Naturalmente, vários

foram as intervenções autónomas e interdependentes implementadas nos estágios e, associado às mesmas, existiu sempre um processo de tomada de decisão mais ou menos complexo ou célere. A verdade é que em todos eles tive em consideração as melhores práticas, os direitos da criança, os meus deveres enquanto enfermeira, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015) e a vontade e desejos da criança, jovem e respetiva família.

Nos vários contextos de ensino clínico é expectável que hajam problemas éticos e, com o intuito de os resolver, é necessário que os mesmos sejam submetidos a um processo de tomada de decisão. Os problemas éticos e, consequentes, processos de tomada de decisão experienciados não foram lineares, sendo que como estratégias facilitadoras fiz uso da discussão com as enfermeiras tutoras, restantes enfermeiros e equipa multidisciplinar e tive como base o referencial teórico do modelo DECIDE (Thompson et al., 2003).

Relativamente à segunda unidade de competência do primeiro domínio de competências comuns, sabe-se que está associado com o respeito pelos direitos humanos e com a garantia da segurança, privacidade e dignidade dos clientes. O ICN (2011), emanou o Position Statement: Nurse and Human Rights, um enunciado que revela a posição dos enfermeiros em relação aos direitos humanos. Este documento afirma que estes profissionais têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. O que inclui assegurar que são prestados cuidados adequados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. Igualmente, o enfermeiro está obrigado a assegurar que os destinatários dos cuidados recebem informação apropriada para consentirem o tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação.

Assim, durante os estágios procurei assegurar e promover os direitos humanos enunciados na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], 2006), os direitos das crianças descritos na Convenção sobre os Direitos da Criança (Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1989) e os direitos das crianças hospitalizadas, descrito na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

O artigo 24º da Convenção dos Direitos da Criança reitera que todas as crianças devem beneficiar de cuidados de saúde, curativos ou preventivos, para atingir o seu melhor bem-estar (UNICEF, 2019). Por sua vez, a UNESCO (2006), através dos artigos 8º e 14º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, reforça a importância de as

crianças terem acesso a cuidados de saúde de qualidade e de serem protegidas pela sua vulnerabilidade, assim como respeitada a sua integridade pessoal, no sentido de atingirem um estado de saúde pleno, através do acesso facilitado aos melhores e mais desenvolvidos cuidados de saúde. Seguindo a mesma linha de pensamento, Portugal, na sétima revisão da Constituição da República Portuguesa (1976), Lei Constitucional n.º 1 datada de 2005, legislou no artigo 64º o “direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (p. 21) e no artigo 69ª o direito de proteção das crianças pelo Estado e sociedade.

Importa referir que o país deu força de lei às questões sobre os direitos e deveres dos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS), no que concerne ao acompanhamento de menores hospitalizados. No artigo 19º da secção III do capítulo III da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, a criança vê disposto o seu direito a acompanhamento permanente do pai, mãe ou outro responsável legal sempre que internada em contexto de cuidados de saúde, sem quaisquer encargos financeiros adicionais para ambos. Sem força de lei, mas de grande consideração para com a saúde e a proteção das crianças, em 2008 o Instituto de Apoio à Criança definiu a Carta de Criança Hospitalizada, onde destaca que a criança internada, independentemente da sua idade ou estado de saúde, tem o direito de ser acompanhada pelos pais, em qualquer período do dia. Por sua vez, os pais têm o direito de participar ativamente na tomada de decisão relativa ao seu filho em matéria de saúde (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

No caso do SUP, do Serviço de Pediatria e de Cirurgia e do IPO, devido aos constrangimentos de espaço físico, as crianças e jovens apenas podem ser acompanhadas por um dos pais ou pessoa significativa. Face a isto, sabendo do papel preponderante do enfermeiro especialista em ESIP em criar condições para o acompanhamento das crianças, bem como para encorajar e facilitar a presença dos pais (Instituto de Apoio à Criança, 2008), fui flexível na medida do possível da minha autonomia. Sendo assim, permiti a presença dos dois progenitores quando era possível e importante ao bem-estar da criança. Além disso, proporcionei que os pais pudessem permutar entre si, de forma que pudessem descansar, dar conta de outras responsabilidades ou cuidar de outros filhos. A título de exemplo, relembro o caso de uma família polaca de férias na região que necessitou de recorrer ao SUP pelo facto da sua filha ter apresentado convulsões pela primeira vez após febre. O tratamento exigiu a vigilância em regime de internamento na sala de observações do SUP. Neste caso, e após reflexão e debate com a enfermeira tutora, solicitou-se à responsável de equipa para que ambos os progenitores pudessem acompanhar a latente, uma vez que apenas o pai

comunicava em inglês e a presença da mãe era mandatória, pois a latente apresentava choro inconsolável quando a mesma se ausentava.

Contudo, nas situações em que a criança é portadora de patologia transmissível e que constitua algum tipo de perigo para a saúde pública dos demais envolvidos, a Lei n.º 15/2014 prevê a cessação ou limitação do direito a acompanhante, se assim for prescrito pelo profissional de saúde assistente. Durante os meus ensinamentos clínicos não houve necessidade de limitar o direito ao acompanhamento, uma vez que, face às doenças transmissíveis apresentadas pelas crianças e jovens, existiam, nos diversos contextos de prática, medidas e estratégias que permitiam a garantia do acompanhamento. O exemplo mais recorrente foi o das crianças e jovens infetados com o vírus do Sars-Cov-2, em que este direito nunca lhes foi negado. Naturalmente, os profissionais de saúde tinham a obrigação de apresentar medidas de prevenção e controlo da infeção cruzada e de proteção individual e as crianças, jovens e respetivos acompanhantes estavam restritos a uma zona própria e usavam máscara.

A transmissão da informação foi um foco de atenção, pelo que me disponibilizei para transmitir informações adaptadas à idade e compreensão das crianças, jovens e dos seus pais e esclarecer dúvidas (Instituto de Apoio à Criança, 2008). De acordo com Nunes (2020), o facto das crianças, por vezes, não terem capacidade de dar o seu consentimento válido sobre os cuidados que lhes serão prestados, não invalida que não devam ser informadas e envolvidas no processo de decisão, uma vez que o respeito pela dignidade humana, vulnerabilidade e direitos humanos e da criança devem prevalecer. Surge, então, o conceito de assentimento informado, o qual determina que o enfermeiro deve envolver as crianças no processo de decisão sobre a sua saúde mesmo que não detenham competências cognitivas, psicossociais e nível de maturidade suficientes para tomarem decisões válidas. Nesta sequência, atendi ao artigo 12.º da Convenção sobre os Direitos da Criança, que dita que as crianças têm “o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade” (UNICEF, 2019, p. 13). Ademais, a minha prática foi ao encontro do disposto no artigo 105 do Código Deontológico, Lei n.º 156/2015, que determina que o enfermeiro tem o dever de informar e atender a pedidos de explicações sobre os cuidados de Enfermagem e de respeitar, defender e promover o consentimento informado. Assim, durante os cuidados que prestei informei as crianças sobre a intervenção que lhes proponha realizar, de forma compreensível e adaptada às suas capacidades e permiti a sua participação na tomada de decisão sobre a sua saúde.

Associado à obtenção do assentimento e consentimento informado, surge a possibilidade de a criança/jovem recusar a intervenção. Nestas situações é importante refletir sobre a imprescindibilidade da intervenção e as alternativas que vão ao encontro da vontade da criança/jovem, sem prejudicar a sua saúde. Importa avaliar a extensão da autonomia da criança/jovem, ou seja, compreender as razões que a levam a recusar, quer seja, por exemplo, por falta de compreensão da gravidade da situação ou por medo. Nesta ordem de ideias, é importante ter em consideração que, de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008), deve evitar-se qualquer tratamento ou procedimento que não seja indispensável. A título de exemplo, no SUP deparei-me com a situação de uma criança de cinco anos que ali tinha recorrido por apresentar náuseas e vômitos na escola, porém estava sem sinais de desidratação. Face a isto foi-lhe prescrito um antiemético endovenoso e, após lhe ter explicado o procedimento, a criança manifestou-se chorosa e com medo, acabando por recusar mesmo após lhe ter sido explicado o tratamento e o seu fim. Tendo em conta a sua condição clínica e por consenso da equipa multidisciplinar foi decidido a administração da medicação via oral. Facilmente, expliquei à criança e à sua mãe, sendo que a mãe colaborou na administração do mesmo medicamento via oral.

Não obstante, é importante refletir sobre a recusa de tratamento por parte da criança/jovem quando esta atitude coloca em causa a sua saúde. Apesar de serem reconhecidas como sujeitos de direitos e liberdades fundamentais, conforme descritos na Convenção sobre os Direitos da Criança, mais especificamente, o direito de autonomia, informação, participação e autodeterminação (UNICEF, 2019), não possuem capacidade legal para tomar decisões, segundo o artigo 38º do Decreto-Lei n.º 59/07 aprovado no Código Penal n.º 63/1995, até discernimento necessário para avaliar o seu sentido e completar os 16 anos de idade. De acordo com Nunes (2020), a autonomia deliberativa é um processo dinâmico e variável desde o nascimento até aos 18 anos e dependente da maturação biopsico-socioafetiva, cultural e espiritual, do ambiente familiar e social e das aptidões cognitivas. Posto isto, os pais têm a responsabilidade de promover a autonomia, porém exercendo o seu papel parental, nomeadamente, a garantia da proteção, respeito e dignidade da criança/jovem (Nunes, 2020). Nesta ordem de ideias, em todos os contextos de ensino clínico observei crianças/jovens a recusar o tratamento que lhes era proposto e indispensável para o seu bem-estar. O exemplo mais evidente foram as diversas vezes que as crianças/jovens recusaram a punção venosa para administração de medicação ou colheita de sangue para análises e, face a isto, teve de haver intervenção parental, uma vez que nestas situações a decisão recai sobre o tutor legal, considerando sempre o superior interesse da criança.

O superior interesse da criança remete para o artigo 3.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019), o qual dita que “todas as decisões que digam respeito à criança devem ter plenamente em conta o seu interesse superior” (p. 8), pelo que os pais têm de priorizar as necessidades da criança (Nunes, 2020). Recordo o caso de uma recém-nascida a quem prestei cuidados no Serviço de Pediatria que apresentava necessidade indispensável de ser transferida para um hospital em território continental e, a mãe e tutora legal, não concordava com essa decisão. Felizmente, ao longo do internamento e com o apoio dos avós da bebé conseguiu-se elucidar a mãe sobre a pertinência da transferência da recém-nascida. Contudo, se assim não fosse possível, e refletindo sobre o superior interesse da recém-nascida, o indicado seria aplicar o limitar o exercício do poder parental através do Tribunal de Menores (Nunes, 2020).

Na mesma linha de pensamento, atendi à privacidade e à intimidade da criança, conforme delineado no artigo 107º da Lei n.º 156/2015 e no 10º direito da Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008) – “intimidade de cada criança deve ser respeitada” (p. 15), tanto na prática direta de cuidados, como na garantia pela privacidade e segurança da informação oral e escrita. Está, então, explícito a necessidade de proteger as crianças e jovens contra a exposição durante qualquer tipo de procedimento. Neste sentido, durante os estágios atendi à intimidade das crianças através de estratégias como o uso da sala de tratamentos para realização de procedimentos em ambiente de urgência e de internamento, o encerramento das portas das enfermarias e da sala de tratamentos aquando da prestação de cuidados e o uso de biombo ou cortinas nos espaços partilhados (por exemplo, nas enfermarias, sala de observação e sala de recuperação). Além disto, ao conversar com os pais em espaços partilhados aproximei-me destes e apresentei um tom de voz baixo. Nas condições ideais, deveria existir um espaço de diálogo próprio, contudo, é importante referir que se utilizou no SUP o isolamento e no Serviço de Pediatria e IPO as respetivas salas de tratamentos, uma vez que são espaços que garantem todas as condições de privacidade. A título exemplificativo, evoco o caso de uma criança a quem prestei cuidados no Serviço de Pediatria, que pela sua condição de saúde os pais não queriam que outros profissionais, nomeadamente auxiliares, nem outros pais estivessem presentes durante conversas sobre o estado de saúde e tratamento da criança. Face a isto, em colaboração com a equipa conseguiu-se que a criança ficasse sempre sozinha numa enfermaria e alertou-se para a necessidade de bater à porta antes de entrar na enfermaria.

O cuidado pelo sigilo da informação oral verificou-se na discussão dos planos de cuidados com as enfermeiras tutoras e nas passagens de turno, indo ao encontro do descrito

no artigo 106.º do Código Deontológico, o qual dita que a informação sobre o cliente só deve ser partilhada com os “implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (Lei n.º 156/2015, Artigo 106.º, p. 8103). Posto isto, é sabido que as passagens de turno são momentos de partilha de informação e constituem momentos fulcrais para a continuidade de cuidados. Tendo em consideração o dever do sigilo, as passagens de turno do SUP, do Serviço de Pediatria e do IPO, realizam-se num gabinete e com a porta fechada, com o intuito de garantir que a informação partilhada se mantivesse entre os elementos de interesse. Por sua vez, a garantia do sigilo da informação escrita, operacionalizou-se maioritariamente pelos registos, os quais foram feitos no processo informático da criança e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. De maneira a garantir a segurança desta informação, o acesso aos processos foi desligado na minha ausência ou da tutora.

Neste encadeamento, a humanização dos cuidados, explícita no artigo 110º do Código Deontológico, Lei n.º 156/2015, e a proteção dos valores humanos, em especial a salvaguarda dos direitos da criança, expressos no artigo 102º do mesmo documento, foram pilares fundamentais, que orientaram a minha prática. Procurei criar um ambiente humanizador, reconhecendo que a criança/jovem é um ser holístico e com especial vulnerabilidade, detentor de um representante legal, inserido num contexto familiar, social, espiritual e cultural único. Portanto, a essência da minha intervenção foi a promoção do bem-estar da criança, a proteção do seu superior interesse, o estabelecimento de uma relação terapêutica e a garantia da privacidade (UNICEF, 2019).

Considero que desenvolvi uma prática de excelência, pois, tal como expresso no artigo 109º da Lei n.º 156/2015 do Código Deontológico do enfermeiro, os cuidados de excelência remetem à análise regular do trabalho efetuado, à capacidade de reconhecer as necessidades de mudança, a formação contínua e a qualidade dos cuidados, procurando adequar as normas estabelecidas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015). A exigência requer a revisão de procedimentos e de protocolos, a análise de desempenho e dos respetivos resultados e a consequente identificação em equipa dos aspetos a melhorar. A atualização contínua dos conhecimentos foi uma constante neste percurso, através da verificação dos protocolos dos serviços dos contextos de estágio e do estudo autónomo. No que toca à análise de resultados, tive a oportunidade de discutir com as enfermeiras tutoras sobre o meu desempenho e, assim, direcionar a aprendizagem. O meu desempenho foi também fruto de escrutínio através das avaliações de final de estágio.

1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio de competências referente à melhoria contínua da qualidade engloba três competências: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

O presente domínio de competências está estritamente relacionado com a garantia da qualidade dos cuidados, aspeto que tem vindo a ganhar relevância com o aumento da complexidade dos cuidados de saúde, necessidade de prestar cuidados de qualidade e seguros e o aumento das expectativas dos utentes e da esperança média de vida (Ribeiro et al., 2017). Assim sendo, constitui uma preocupação das instituições de saúde, da OE e dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros especialistas em ESIP.

Donabedian, citado por Machado e Soares (2019), refere que os cuidados de saúde de mais elevada qualidade são todos aqueles que maximizam o bem-estar dos utentes e que resultam do equilíbrio entre os ganhos e as perdas inerentes a qualquer processo de cuidados. Donabedian (1990), atribui-lhe sete atributos, que são os pilares da qualidade dos cuidados de saúde – eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Nesta ordem de ideias, para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), cuidados de saúde de qualidade são eficazes, seguros e centrados nas pessoas. Assim sendo, os cuidados consideram-se de qualidade quando são baseados na evidência, evitam prejuízo nos seus destinatários e vão ao encontro das necessidades, preferências e valores das pessoas. Para que isto seja possível, os serviços de saúde têm de ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Neste encadeamento, os serviços de saúde devem reduzir os tempos de espera, pois são prejudiciais aos utentes e aos profissionais de saúde, bem como maximizar os recursos disponíveis, diminuindo o desperdício. Ademais, deverão existir serviços de saúde para todos os níveis de prevenção e todas as faixas etárias, sendo que a qualidade dos cuidados não deve ser influenciada pelo sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico e questões linguísticas ou de filiação política (OMS, 2020).

A OMS (2020), no Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde, apresenta políticas e estratégias a serem aplicadas com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Pode ler-se nesse manual que a garantia de cuidados de

qualidade está relacionada com a existência de profissionais de saúde adequados, alinhamento dos valores profissionais e organizacionais, promoção do orgulho em prestar cuidados e trabalho de equipa. Portanto, recomenda que a implementação de estratégias adequadas potencia e acelera a concretização dos objetivos na área da saúde, pelo que os países devem desenvolver declarações ou planos oficiais.

A Lei de Bases da Saúde, aprovado pela lei n.º 95/2019, identicamente, enumera a implementação de planos nacionais, regionais e locais como fundamentais para a qualidade dos cuidados de saúde. Neste sentido, Portugal, elaborou o Plano Nacional de Saúde 2030 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2023), o qual constitui um instrumento estratégico que ambiciona melhorar a saúde e bem-estar da população através da identificação de necessidades e do desenvolvimento e implementação de estratégias. Como objetivos de especial interesse para o enfermeiro especialista em ESIP, identifico a garantia do acesso e vigilância a cuidados de saúde infantil de qualidade, a manutenção de um elevado nível de cobertura vacinal e o fortalecimento do acesso a cuidados de saúde de qualidade. Ainda na área de interesse da saúde infantil e juvenil, delinearam-se como estratégias a promoção da saúde infantil e juvenil e do aleitamento materno, a prevenção de perturbações emocionais e do comportamento e a vacinação.

De forma mais específica, o Ministério da Saúde de Portugal na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015. Apresenta como objetivo do Estado português, o acesso, de modo equitativo, a cuidados de saúde de qualidade e adequados às necessidades e expectativas dos utentes. Para tal, definiu como prioridades a melhoria da qualidade clínica e organizacional, a adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança dos utentes, a monitorização da qualidade e segurança, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e a informação e capacitação dos cidadãos.

A nível regional existe o Plano Regional de Saúde (Direção Regional de Saúde, 2022), o qual definiu como um dos seus pilares estratégicos a qualidade nos sistemas de saúde. Entende por qualidade o acesso ao sistema de saúde com rapidez e eficiência de modo a obter os maiores ganhos em saúde. Semelhantemente aos planos de saúde anteriormente definidos, definiram-se estratégias estreitamente relacionadas com a atuação do enfermeiro especialista em ESIP, mais especificamente, a promoção da vigilância de saúde infantil e juvenil, a promoção da vacinação e o incremento da estratégia de certificação da qualidade dos serviços de saúde.

O Colégio de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo com a alínea 1f) do artigo n.º 42.º do estatuto da OE, dita que compete aos Colégios de Especialidade a definição de padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados, pelo que concebeu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015). Este documento baliza a qualidade dos cuidados especializados e é um referencial para a prática especializada, pelo que apoia a prática e permite a reflexão e, assim, agiliza os processos de melhoria da qualidade (Regulamento n.º 351/2015).

A somar aos padrões de qualidade, a OE disponibiliza guias orientadores de boa prática de cuidados baseados na evidência e, assim, contribuem para a qualidade dos cuidados. No que diz respeito à prática do enfermeiro especialista em ESIP, os temas abordados são a adaptação à parentalidade durante a hospitalização, as medidas do controlo da dor, a Diabetes *Mellitus*, o medo das cirurgias, a promoção da esperança, a preparação do regresso a casa após hospitalização, a entrevista ao adolescente e o desenvolvimento infantil.

Como futura enfermeira especialista em ESIP, desenvolvi durante os estágios uma prática que buscou garantir a qualidade dos cuidados. Para tal, fiz uso das linhas orientadores dos documentos referidos anteriormente, dando especial ênfase aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, ao Estatuto da OE e aos guias orientadores da prática.

Todavia, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é, também, da responsabilidade das instituições de saúde onde os enfermeiros exercem a sua prática profissional. Portanto, cabe à OE zelar pelo cumprimento dos padrões de qualidade e às instituições de saúde a adequação dos recursos e estrutura, ou seja, condições e ambientes favorecedores do desenvolvimento profissional (OE, 2001).

Nos vários campos de estágio conheci e colaborarei nos programas de melhoria da qualidade e inteirei-me sobre os programas de acreditação. De acordo com o International Society for Quality Assurance, citado pela DGS (2014a), a acreditação consiste num processo de autoavaliação e auditoria externa usada pelas instituições de saúde para avaliarem rigorosamente o seu nível de desempenho em relação a padrões pré-estabelecidos e, assim, implementarem estratégias para a melhoria continua.

Em Portugal, a DGS, segundo o Decreto Regulamentar n.º 14/2012, é a autoridade competente no domínio do controlo da qualidade e da segurança das unidades de saúde. Sendo assim, tem a responsabilidade de promover, coordenar e implementar programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde, bem como

de certificar a qualidade da prestação dos cuidados e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade. De modo a cumprir estas atribuições foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, através da Portaria n.º 159/2012 de 22 de maio. Posteriormente, o Despacho n.º 1250/2020 de 28 de janeiro, reorganizou o Departamento da Qualidade na Saúde, estruturando-o em duas divisões, uma que garante o planeamento e melhoria da qualidade e outra que certifica e avalia a qualidade.

Neste encadeamento, adotou-se o modelo de certificação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) – modelo ACSA, como modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde em Portugal, uma vez que foi considerado o programa ideal para o SNS (DGS, 2014b). Este modelo baseia-se na aplicação de um conjunto de critérios de desempenho progressivamente mais complexos e abrangentes, através de uma abordagem baseada na evolução progressiva da melhoria contínua da qualidade rumo à excelência (DGS, 2014b).

Os contextos de ensino clínicos onde desenvolvi os estágios, nomeadamente o SUP, a UCINP, o Centro de Saúde e o Serviço de Pediatria, encontram-se acreditados no nível bom pela DGS através do modelo ACSA. O nível bom é atribuído quando as instituições atendem aos direitos dos utentes, à segurança dos utentes e profissionais, aos princípios éticos e às áreas prioritário da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde. A acreditação não é um processo estanque, pelo que os profissionais de saúde continuam a adotar medidas para manter o nível obtido ou evoluir para o nível seguinte.

Ao longo dos estágios foi possível contribuir para o suporte de estratégias institucionais de manutenção da certificação de qualidade, designadamente, ao colaborar nos projetos de serviço. A título exemplificativo, durante o estágio no Centro de Saúde acompanhei a minha tutora, que é elo da vacinação, no projeto da vacinação. Assim, todas as sextas-feiras do estágio dediquei-me à verificação do método de armazenamento das vacinas (temperatura dos frigoríficos e disposição das vacinas no frigorífico), validação das datas de validade e lotes, contabilização das vacinas disponíveis e delineamento do pedido a ser realizado à farmácia da instituição, tendo em conta a tendência de necessidades de cada vacina na comunidade. Ademais, identifiquei os utentes com o plano vacinal desatualizado e informei os colegas responsáveis, contactei grupos de risco para vacinação e discuti com os colegas sobre os cuidados de qualidade na vacinação. Acredito, assim, que colaborei numa atividade de melhoria contínua e, conseqüentemente, contribui para a segurança da saúde da comunidade.

Quando se fala de qualidade é impossível não falar em prática baseada na evidência, uma vez que constitui um método que permite o uso consciente, explícito, criterioso e razoável da melhor e mais moderna evidência na tomada de decisões em cuidados de saúde (Esteban-Sepúlveda et al., 2021). Procurei, então, na minha prática atender à mais recente evidência científica, o que implicou estudo autónomo e julgamento crítico, no sentido que tive de associar as situações clínicas com os meus conhecimentos e os das enfermeiras tutora, bem como, com os recursos disponíveis e com as necessidades da criança, jovem e família.

No que concerne à gestão do risco em saúde e à garantia de um ambiente seguro, é sabido que a adoção de medidas com o intuito de diminuir eventos adversos ou potencialmente perigosos é fundamental. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), objetiva o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, da segurança da comunicação e da segurança cirúrgica. Além disto, o mesmo plano ambiciona segurança na utilização de medicação, a identificação inequívoca dos utentes, a prevenção de quedas, de úlceras de pressão, de infeções e das resistências aos antimicrobianos e a notificação, análise e prevenção de incidentes.

No que diz respeito à cultura de segurança do ambiente interno, acredito que estou a contribuir para tal pelo facto de estar a frequentar o curso de MESIP, pois estou a desenvolver novos conhecimentos que irão levar a uma prática com mais segurança e qualidade.

Por sua vez, a segurança da comunicação é imprescindível para a segurança da criança, especialmente, quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados. Sabendo disto, procurei transmitir a informação de forma estruturada e concisa nas passagens de turno no Serviço de Pediatria e no SUP, nas transferências de crianças/jovens entre serviços, como por exemplo do SUP para o internamento do Serviço de Pediatria, na orientação para outros profissionais de saúde, na discussão de casos com colegas e outros profissionais e nas cartas de alta.

A par da segurança da comunicação, é igualmente importante que o enfermeiro especialista em ESIP dê especial atenção às crianças submetidas a intervenções cirúrgicas, uma vez que geram nas crianças, jovens e família uma situação de crise e, consequentemente, despoletam medo e ansiedade. De modo a facilitar o processo, a OE (2011a), recomenda a preparação pré-operatória da criança, jovem e família, uma vez que diminui os efeitos traumáticos durante a hospitalização e reduz as perturbações do comportamento no pós-operatório e alta. Neste sentido, o Serviço de Cirurgia Pediátrica onde estagiei, disponibiliza uma consulta de Enfermagem de preparação pré-cirúrgica realizada na consulta externa às

crianças/jovens propostas para cirurgia eletiva. Durante o meu estágio tive a oportunidade de presenciar e, sendo assim, compreendi o método de elucidação das crianças, jovens e respetiva família sobre todo o processo, desde a entrada no internamento, preparação cirúrgica, cirurgia propriamente dita e cuidados pós-cirúrgicos até à alta hospitalar. Naturalmente, isto contribui para a segurança da cirurgia na medida que reduz a ansiedade das crianças, jovens e família e permite que tenham conhecimento sobre aspetos importantes para uma cirurgia segura e pós-operatório sem intercorrências, como é o caso do jejum, do banho pré-cirúrgico, da desinfeção oral e do manuseamento de dispositivos médicos.

Para além desses aspetos, e tal como é recomendado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), procedi ao preenchimento da lista de verificação pré-operatória, que permite validar a concretização dos cuidados pré-operatórios e, desta forma, minimizar os riscos de ocorrência de incidentes.

Quanto à segurança na utilização de medicação e, de acordo com a Orientação n.º 14/2015 da DGS, nos momentos de administração e preparação de medicação verifiquei as condições de armazenamento e de integridade dos medicamentos, privilegiei a prescrição informática dos mesmos em vez das indicações/prescrições verbais. Adicionalmente, verifiquei previamente à administração de qualquer medicamento a identificação da criança, o nome do medicamento, a dose, a via, a frequência e a hora de administração e, ainda, confirmei duplamente os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou com aspetos semelhantes. No estágio no Serviço de Pediatria pude conferir a lista completa de medicação, confrontando a prescrição anterior (através dos cartões de medicação) com a prescrição mais atual disponível no processo informático da criança/jovem. Obviamente, quando identificadas discrepâncias ou situações dúbias, agi em conformidade. Sincronizadamente, a realização dos cartões de medicação foi sempre validada pela enfermeira tutora, concretizando-se deste modo a dupla verificação. Além disto, fiz uso da regra dos “cinco certos” no momento da preparação e administração da medicação. No IPO pude observar que, além da regra dos “cinco certos”, os enfermeiros previamente à administração de citostáticos verificam a medicação e validam a prescrição terapêutica com os dados do documento que vem alocado à embalagem do medicamento enviado pela farmácia hospitalar, tarefa que era feita pelo enfermeiro responsável pela criança/jovem e por um enfermeiro perito ou especialista. Assim, estive envolvida na implementação de práticas seguras de manuseamento de medicamentos de alto risco (Despacho n.º 1400-A/2015). Especificamente no SUP, identifiquei também como mecanismo de segurança o uso da Pyxis, que consiste num armário bloqueado e que fornece a medicação apenas após

colocação dos dados do enfermeiro e, desta forma, permite, também, a monitorização do uso de estupefacientes e a gestão dos medicamentos. Por sua vez, no CS procedi ao registo das vacinas no sistema informático e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil antes da sua administração com o intuito de garantir que a segurança na administração da vacina, nomeadamente o lote, a validade, a dose, o local de injeção, a via, a frequência e a vacina propriamente dita.

Assegurar a identificação inequívoca das crianças e jovens foi uma preocupação durante a prestação de cuidados, uma vez que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas. Nesta sequência, confirmei, antes de qualquer intervenção, pelo menos dois dos dados seguintes com as crianças/jovens e/ou pais: nome, data de nascimento e número de processo clínico. Esta intervenção foi de especial importância no SUP, devido à dinâmica e ao fluxo de crianças e jovens que por lá passam diariamente.

Ainda no âmbito da segurança, promovi a prevenção de quedas, nomeadamente quando orientei e/ou elevei as grades dos berços das crianças internadas. No contexto de internamento procedi ao preenchimento da escola de Morse para o risco de queda. De igual modo, atendi ao risco de úlceras por pressão nas crianças e jovens. De acordo com Ramos et al. (2023), as crianças apresentam maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando internadas e os enfermeiros têm um papel preponderante na sua prevenção. Relembro o caso de uma adolescente totalmente dependente em que colaborei em parceria com a mãe na prevenção de úlceras por pressão, nomeadamente com intervenções como a alternância de decúbitos no leito, a massagem da pele, a colocação de colchão de pressão alternada e a garantia de uma dieta adequada. Além disto, atendi ao risco de úlcera por pressão causado por dispositivos médicos, como as máscaras de ventilação não invasiva e os cateteres venosos periféricos. Na UCINP foi possível observar o cuidado rigoroso dos profissionais na vigilância da integridade da pele dos recém-nascidos, justificado pela vulnerabilidade cutânea inerente à idade. Às crianças internadas no Serviço de Pediatria foi efetuada a avaliação do risco de úlcera por pressão com recurso à escala de Braden Q.

A preocupação pelo controlo da infeção foi identicamente uma constante na minha prática, tendo cumprido as orientações da DGS e da comissão de higiene e infeção hospitalar emanadas pelo Grupo do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GPPCIRA) do SESARAM. Destaco a importância da higienização das mãos e da desinfeção dos espaços e materiais, sendo que esta última tarefa é realizada pelos

assistentes operacionais. O enfermeiro especialista em ESIP assume a responsabilidade de supervisionar e garantir a desinfecção correta. Também relacionado com o controlo da infeção, colaborei na alocação das crianças e jovens nas enfermarias no Serviço de Pediatria por diagnóstico clínico, tendo o cuidado de não colocar na mesma enfermaria crianças com diagnóstico de doenças causadas por microrganismos, como as infeções respiratórias, com crianças do foro cirúrgico, por exemplo.

No que toca à notificação de incidentes, tenho conhecimento que o Serviço de Pediatria e o SUP dispõem de um sistema de notificação de incidentes - a plataforma “Health Event & Risk Management”, uma ferramenta de avaliação do risco global. Felizmente não houve a necessidade de a usar, todavia as estratégias de prevenção de incidentes foram colocadas em prática através da prevenção de riscos ambientais, da organização do local de trabalho e do planeamento das intervenções com o intuito de reduzir a probabilidade de erro humano.

Baseando-me nas linhas orientadores dos documentos até aqui referidos, considero que ao longo dos estágios promovi a qualidade dos cuidados, pelo que para tal, além da prestação de cuidados com respeito pela criança, jovem e família, com competência técnica, científica, ética e legal, dediquei-me a conhecer a estratégia de qualidade de cada contexto de estágio e participei nas atividades que para tal contribuem. Neste sentido, a minha prática vai ao encontro com o artigo 109.º do Código Deontológico, pois procurei “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas” (p. 8080) da criança, jovem e família. Além disto, mantive-me atualizada quanto às melhores práticas e assegurei e responsabilizei-me pela continuidade dos cuidados delegados.

1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados integra duas competências: “Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Segundo o REPE (Decreto-lei 161/96), os enfermeiros na sua prática contribuem para a gestão e melhoria dos cuidados de Enfermagem. Concomitantemente, o Regulamento n.º 76/2018, enaltece a importância dos enfermeiros no exercício de gestão em Enfermagem, pois asseguram a qualidade e a segurança do exercício profissional e, consequentemente, favorecem a obtenção de ganhos em saúde. Especificamente à área de especialidade de ESIP, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados de Saúde à Criança

e ao Jovem (Regulamento n.º 351/2015), ditam que o enfermeiro especialista em ESIP utiliza metodologias de organização dos cuidados que promovem a qualidade dos cuidados. Neste encadeamento, a gestão em Enfermagem por parte do enfermeiro especialista implica a gestão dos cuidados, a otimização das respostas de Enfermagem e da equipa multidisciplinar e a garantia da qualidade e da segurança das tarefas delegadas.

Nesta perspetiva, durante os estágios procurei compreender o papel do enfermeiro gestor e dos responsáveis de equipa, através da observação e análise do trabalho que desempenham nos vários contextos de cuidados. Pude compreender que estes profissionais são responsáveis pela gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais e contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados aos utentes. Neste sentido, executam os horários de trabalho, realizam os pedidos de material e de medicação, supervisionam os cuidados de Enfermagem e o trabalho dos assistentes operacionais, têm conhecimento sobre as situações clínicas das crianças e jovens, intervindo nas situações de maior complexidade, cooperam com outros profissionais de saúde, como médicos, assistentes sociais, psicólogos, dietistas ou técnicos superiores de saúde, em assuntos de gestão do serviço e representam o serviço perante a Direção de Enfermagem e a Administração Hospitalar.

Com o objetivo de alcançar índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde devem ser usadas metodologias e critérios que possibilitem uma adequada dotação de profissionais às reais necessidades de cuidados de Enfermagem. Posto isto, surge a importância de pensar sobre as dotações seguras. De acordo com a OE (Regulamento n.º 743/2019), a adequada dotação de enfermeiros, incluindo o nível de qualificação e perfil de competências, representa um aspeto fundamental para atingir a segurança e a qualidade de cuidados de saúde junto de uma determinada população-alvo e organizações.

Neste sentido, a OE definiu o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem em Diário da República no ano de 2019 (Regulamento n.º 743/2019), dando a conhecer a dotação de enfermeiros que será recomendada ou adequada a cada serviço. Para tal, foi adotado um sistema que permite definir as necessidades dos doentes em cuidados de Enfermagem representados em horas de cuidados, optando-se pelo Sistema de Classificação de Doentes Baseados em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E). Aquando do cálculo das dotações seguras, devem ser tidas em conta as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração do serviço, a formação e a investigação pertinente a desenvolver (Regulamento n.º 743/2019).

Todavia, segundo Carvalho (2020), a população pediátrica, pelas suas características específicas que a tornam suscetível e à complexidade dos cuidados que necessitam, detêm uma maior vulnerabilidade no que respeita à ocorrência de eventos adversos. Como tal, e na mesma linha de pensamento da OE (Regulamento n.º 743/2019), justifica-se a necessidade de adequar as dotações de Enfermagem nos cuidados especializados em ESIP para prevenir e/ou diminuir a ocorrência de eventos adversos. Neste sentido, a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica emitiu em 2019 o primeiro parecer para o Cálculo das Dotações Seguras de ESIP. Este parecer apoiou-se não só nas normas para cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, como também se alicerçou nas orientações nacionais e internacionais direcionadas para os cuidados às crianças/jovens (OE, 2019).

Nas unidades de internamento de pediatria e nas unidades de cuidados intermédios e intensivos neonatais e pediátricos é aconselhada a presença de um enfermeiro especialista em ESIP durante as 24 horas. Por turno, deverão estar presentes dois enfermeiros especialistas em ESIP por cada três enfermeiros de cuidados gerais e, sobretudo nas unidades de intensivos e intermédios neonatais e pediátricos, 75% da equipa deverá ter mais de dois anos de experiência em saúde infantil. Isto foi notável tanto nos serviços de internamento de medicina e cirurgia pediátrica, como nos cuidados intensivos neonatais e pediátricos.

Tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora no Serviço de Pediatria, quando esta foi responsável de equipa, na distribuição dos enfermeiros para o turno que se seguia fazendo uso do SCD/E. Tive igualmente oportunidade de verificar o carro de urgência, na realização do teste do desfibrilhador e na reposição de material. Além disto, o enfermeiro responsável de equipa tem a responsabilidade de transmitir nas passagens de turno a quem o sucede informações importantes ao funcionamento do serviço, como por exemplo a lista de crianças a serem admitidas para cirurgia, medicamentos requisitados à farmácia ou avarias de equipamentos. Enfatizo o facto de ter sido neste campo de estágio que tive a oportunidade de compreender a dinâmica do SCD/E em contexto pediátrico, uma vez que é o único local de estágio onde utilizam esta metodologia e está adaptado para a realidade de cuidados no contexto de enfermagem de pediatria médica e cirúrgica. Este método é aplicado a cada uma das crianças/jovens internadas no serviço e durante o turno da manhã pelo enfermeiro responsável. No final do turno, o enfermeiro chefe ou o enfermeiro responsável de equipa procede à reunião dos dados de todas as crianças/jovens no mesmo sistema, acrescentando algumas correções, como o número de colheitas, o número de enfermeiros em regime de redução de horário e o número de admissões e altas. Após este

processo, o sistema disponibiliza as horas de cuidados necessárias para as próximas 24 horas e, assim, o enfermeiro procede à distribuição dos enfermeiros pelas crianças. Os enfermeiros de referência ficam sempre com as respetivas crianças e dá-se preferência à atribuição da mesma criança a enfermeiros que já tenham sido responsáveis por ela anteriormente, de modo a garantir a continuidade de cuidados e aproveitar a relação terapêutica já estabelecida. O SCD/E permite, também, verificar se os enfermeiros alocados para o turno são suficientes para dar resposta às necessidades de cuidados e, nesse caso, seja realizado ajuste do horário da equipa de Enfermagem. Ressalvo que o SCD/E constitui uma ferramenta de grande interesse à gestão dos cuidados de Enfermagem e para a qualidade e segurança, porém, por vezes, não retrata fielmente as reais necessidades de cuidados. Na tentativa de dar solução a este problema, a OE defendeu e propôs a automatização do SCD/E, proposta que foi aceite pelo Ministério da Saúde e aplicada através de testes piloto em hospitais em território continental.

Em contexto de urgência pediátrica, o preconizado é um enfermeiro especialista em ESIP por posto de trabalho e, em cada turno, pelo menos um especialista por cada três enfermeiros, o que se sucede no SUP onde estagiei. Neste serviço a distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho é realizada pelo enfermeiro responsável de equipa, que é sempre um enfermeiro especialista, considerando as competências dos enfermeiros e de modo rotativo, ou seja, os enfermeiros não ficam sempre destacados no mesmo posto de trabalho. Em todos os turnos a equipa é constituída por, pelo menos, dois elementos com mais de dez anos de experiência no SUP e, tendo a equipa cinco elementos, pelo menos três são enfermeiros especialistas em ESIP. Na triagem os enfermeiros destacados têm formação específica em Sistema de Triagem de Manchester versão dois.

O Sistema de Triagem de Manchester constitui, a par com o Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale¹, o método definido pelo Ministério da Saúde, OE e Ordem dos médicos como obrigatório a ser implementado em todos os SUP nacionais (DGS, 2018). De acordo com a mesma entidade, este método permite alocar a criança/jovem à área de atendimento mais adequada e identificar o nível de prioridade clínica com que deve ser atendido, bem como o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação. Assim, os profissionais responsáveis pela triagem, começam por identificar a queixa que levou a criança/jovem a procurar os cuidados de saúde e, posto isto, seguem uma fluxograma de decisão. Segundo Cruz (2019), entre os 52 fluxogramas disponíveis, 49 são adequados à população pediátrica e alguns, como criança com dor abdominal, pais preocupados e criança

doente, são específicos desta faixa etária. Concomitantemente, a DGS (2018) assegura que este sistema de triagem tem em conta a especificidade da população pediátrica, independentemente do nível de urgência. No final, à criança doente é atribuída um nível de urgência que indica o tempo máximo que esperará até a observação médica e que se expressa numa cor da pulseira de identificação.

Por sua vez, no estágio na comunidade colaborei com a enfermeira tutora no levantamento das necessidades de recursos materiais à prestação de cuidados de saúde infantil, nomeadamente de vacinas e na organização da marcação das consultas. Acrescento, que as consultas eram agendadas de meia em meia hora, seguindo assim as recomendações do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019) que dita que as consultas de Enfermagem de especialidade devem ter um máximo de 30 minutos. Em algumas das situações os 30 minutos preconizados não eram suficientes, especialmente quando se tratava da primeira consulta ao recém-nascido. Nestas situações era agendado uma nova consulta, de modo a dar resposta às necessidades da criança, jovem e família em tempo útil. A título exemplificativo, houve necessidade de agendar nova consulta de Enfermagem a um recém-nascido com o intuito de avaliar o desenvolvimento infantil, uma vez que na primeira consulta priorizou-se o foco da amamentação pela razão da mesma estar comprometida e, assim, estar a comprometer o crescimento do recém-nascido e o bem-estar da respetiva mãe.

No que concerne ao método de trabalho, sabe-se que os Padrões de Qualidades dos Cuidados de Enfermagem Especializados de Saúde à Criança e ao Jovem (Regulamento n.º 351/2015) recomendam a utilização do método do enfermeiro de referência, pois permite a prestação de cuidados complexos e, simultaneamente, garante a satisfação da criança/jovem. Este método permite a monitorização do custo/benefício efetivo e a gestão da segurança e é o método utilizado no Serviço de Pediatria, no IPO e na UCINP. No SUP, dado às suas características, os enfermeiros são distribuídos posto de trabalho.

Por fim, e de acordo com o artigo 10.º do REPE (Decreto-lei n.º 161/96), os enfermeiros podem delegar tarefas em pessoal funcionalmente dependente, como é o caso dos assistentes operacionais. Assim, a título exemplificativo, no estágio no SUP deleguei aos assistentes operacionais o encaminhamento das crianças, jovens e respetivo acompanhante aos exames de imagiologia e no IPO a arrumação de material e medicação. Naturalmente, nesta e nas outras intervenções delegadas tive o cuidado de instruir sobre a tarefa a realizar e de avaliar a sua execução. Enalteço a importância dos enfermeiros

supervisionarem o trabalho delegado com o intuito de despistarem possíveis falhas na execução da tarefa.

1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais integra duas competências: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

De acordo com o modelo do cuidar transpessoal de Jean Watson (Watson, 2007), um dos pressupostos fundamentais para a intervenção em Enfermagem, que a autora denomina como elemento do Processo Caritas, é o desenvolvimento da sensibilidade para si e para os outros, o que envolve autoconhecimento, nomeadamente reconhecimento de vulnerabilidades. Outro pressuposto dita a necessidade do enfermeiro ser sensível perante si e perante os outros, permitindo a existência de práticas individuais associadas à pessoa que é enquanto enfermeiro. Igualmente, Diogo (2009) refere que os conhecimentos mobilizados na prática de cuidados implicam autoconhecimento que se desenvolve através da reflexão individual ou em grupo. Acrescenta que lidar com experiências emocionais intensas induz à metamorfose de conceitos e autoconhecimento e, conseqüentemente, geram-se e aprimoram-se os cuidados, conduzindo ao bem-estar dos utentes.

Durante o percurso realizado nos estágios tive a oportunidade de desenvolver vários conhecimentos teórico-práticos, o que me proporcionou o autoconhecimento e o aperfeiçoamento e desenvolvimento de novas respostas de adaptabilidade. Tanto a situação de doença nas crianças, como o sofrimento dos pais, despoletaram em mim vários sentimentos que me permitiram conhecer melhor as minhas vulnerabilidades e os meus valores e crenças. Além disto, os estágios exigiram que aprimorasse competências no relacionamento com a equipa multidisciplinar, isto porque tive de me adaptar às dinâmicas das equipas e, principalmente, às dinâmicas de trabalho das enfermeiras tutoras. Considero isto particularmente difícil, pois já sendo eu enfermeira integrada num determinado contexto de cuidados, que em nada se assemelha aos contextos dos estágios, tive a necessidade de me adaptar, o que envolveu a gestão de emoções e assertividade. Evoco, assim, o saber estar em Enfermagem, que é uma competência necessária à prática e que predispõe o conhecimento dos limites e princípios pessoais, bem como a reflexão sobre normas. Assim, a competência saber-estar em Enfermagem desenvolve-se quando o enfermeiro é humano, flexível e

compreende que os outros têm a sua própria identidade, crenças e opinião (Farias et. al, 2019).

De acordo com Paixão (2018), a prestação de cuidados a crianças com doença crónica é emocionalmente desafiante e constitui uma fonte de *stress* laboral com repercussões na qualidade de vida do profissional. Nos vários campos de estágio deparei-me com situações que me deixaram emocionalmente afetada, sendo que realço as crianças com doença psiquiátrica, doença crónica ou com alterações de desenvolvimento, que me fizeram refletir sobre a perceção que tenho da vida e do meu trabalho como enfermeira. As diversas situações levaram-me a desenvolver estratégias de *coping*, nomeadamente, identificar o que me incomoda e os respetivos efeitos e refletir sobre a minha prática.

Naturalmente, deparei-me com situações que contrariam as minhas idiossincrasias, como foi o caso de um adolescente com neoplasia internado no IPO oriundo de Cabo Verde e que, devido ao diagnóstico e, conseqüente transferência tardia para Portugal, encontrava-se em situação de final de vida. Face a isto surgiu uma sensação de impotência, pois uma criança não teve a oportunidade de ter cuidados de saúde atempadamente. Adicionalmente, a mãe deste adolescente mantinha uma atitude de indiferença para com o filho, não manifestando gestos de carinho e permitindo que o adolescente removesse dispositivos médicos fundamentais ao seu tratamento. Face a isto, refleti e debati com a enfermeira tutora, bem como iniciei o estabelecimento de uma relação de ajuda.

As diversas vivências levaram à reflexão autónoma e à partilha com outros colegas de serviço. É sabido que a reflexão constitui um instrumento de aprendizagem, através do qual há a recapitulação do evento, a descrição de padrões de comportamento e a identificação das decisões tomadas. Há, então, uma tomada de consciência sobre o evento, a clarificação dos conceitos a ele relacionados e a interligação dos conteúdos teóricos com a prática (Peixoto & Peixoto, 2016). Durante os estágios na UCINP e pediátricos e no CDC deparei-me com situações que me levaram a refletir profundamente, surgindo, então a necessidade de recorrer ao ciclo de Gibbs. Duas das situações que me despertaram particular interesse, foi a atuação do enfermeiro especialista em ESIP durante uma emergência em contexto neonatal e a intervenção do mesmo profissional face à criança com alterações no desenvolvimento infantil e família em contexto de consulta de Enfermagem no CDC. Dou especial atenção à reflexão realizada nos cuidados intensivos neonatais e pediátricos, que demonstra uma situação em que foi posta sob pressão e que, dentro dos meus conhecimentos teóricos e práticos, fui capaz de dar a resposta adequada.

Na mesma sequência de ideias, é de conhecimento geral que os cuidados de Enfermagem especializados à criança e jovem constituem, por si só, um desafio para os enfermeiros da área, não só pela vulnerabilidade que a população infantojuvenil apresenta, como também pela sensibilidade que o seu trato exige. Posto isto, os cuidados de Enfermagem especializados à criança, jovem e família encerram em si cuidados de enorme complexidade, pelo que a prática de cuidados de saúde infantil e pediátrica é indissociável de um olhar clínico, crítico e refletido. Sendo assim, os processos de saúde/doença vivenciados pelas crianças, jovens e respetivas famílias têm uma carga emocional extensa e intensa, logo constituem um desafio e acarretam um trabalho emocional por parte dos enfermeiros que prestam cuidados especializados em ESIP (Diogo et. al, 2021). A utilização de um modelo concetual facilita e garante a cientificidade. Em Portugal, Paula Diogo desenvolveu o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2009). Este modelo salienta a importância da regulação das emoções por parte dos enfermeiros especialistas em ESIP, pois só assim é possível que estejam emocionalmente disponíveis para prestar cuidados com afeto e para providenciar um ambiente seguro e carinho, condições indispensáveis para a gestão do estado emocional das crianças, jovens e famílias (Diogo et. al, 2021).

Neste encadeamento, o autoconhecimento e a necessidade de ser capaz de dar a melhor resposta possível na prestação de cuidados fomentou a necessidade de desenvolver conhecimentos baseados na evidência científica. Concomitantemente, o artigo 5º do REPE (Decreto-lei n.º 161/96), refere que os cuidados de Enfermagem se caracterizam por se basearem numa metodologia científica. Identicamente, Pol-Castañeda et al. (2020), afirmam que a evidência científica recente e atualizada aleada à experiência clínica permite a melhoria da qualidade dos cuidados. A prática de Enfermagem baseada na evidência promove cuidados de Enfermagem de maior qualidade, logo mais seguros, com melhor otimização dos recursos e agilização dos processos de tomada de decisão. Além de ser benéfico para os destinatários de cuidados, facilita o trabalho dos profissionais e aumenta a eficácia dos sistemas de saúde. É, portanto, indispensável que os cuidados se baseiem na evidência científica face ao contexto mundial atual, caracterizado por desafios clínicos complexos e que acarretam maiores níveis de segurança (Pereira, 2020). Sendo assim, durante a prestação de cuidados identifiquei, colaborei e implementei intervenções no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação com base nas melhores práticas. Para tal, baseei-me em normas e orientações da DGS e da OMS e em artigos científicos disponibilizados no UpToDate e na

EBSCHOhost. Atendi, ainda, à atualidade dos temas, dando preferência a estudos realizados na última década.

A prática especializada em Enfermagem apela à formação, que no meu caso passou pela apresentação às colegas do curso de MESIP dos estudos de caso (Apêndice A – Cuidados de Enfermagem especializados a um recém-nascido internado no Serviço de Pediatria: impacto transicional na parentalidade; Apêndice B – Cuidados de Enfermagem especializados a um adolescente internado no Serviço de Ortopedia Pediátrica) realizados por mim no estágio de Pediatria médica e no estágio de Pediatria cirúrgica. A realização dos estudos de caso permitiu o estudo de casos reais da prática de cuidados e, assim, induziu o pensamento crítico, a reflexão da prática e a consequente análise da mesma de acordo com o conhecimento científico. Naturalmente, este conhecimento foi transmitido na apresentação, sendo, portanto, um momento favorecedor da aprendizagem.

Por fim, é importante afirmar que a formação e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros constitui-se fundamental para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados de Enfermagem (OE, 2016). Concomitantemente, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), afirmam que a formação contínua é fundamental para o desenvolvimento profissional e para qualidade dos cuidados.

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

O enfermeiro especialista em ESIP presta cuidados de Enfermagem ao binómio criança/jovem e família/cuidador de referência. As suas áreas de especial atenção são o crescimento e o desenvolvimento da criança e do jovem, os cuidados antecipatórios promotores da potencialização do desenvolvimento infantil, o bem-estar, a identificação e o encaminhamento de situações que comprometem a vida e a promoção da autoestima do adolescente. Assim sendo, o espectro de atuação do enfermeiro especialista em ESIP vai desde a promoção da saúde, à prevenção da doença até ao tratamento da criança/jovem doente. Deste modo, responde às necessidades da criança, jovem e família e antecipa e responde às situações de emergência (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

As competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (Regulamento n.º 422/2018), agrupam-se em três domínios distintos: “Assiste à

criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p. 19192).

1.2.1. Assistência a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

O domínio da assistência à criança/jovem e a família, na maximização da sua saúde prevê duas competências: “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” e “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” (Regulamento n.º 422/2018, 2019, p. 19193).

Ao longo dos tempos o conceito de criança alterou-se. Até ao século XVII as crianças eram equiparadas aos adultos, ou seja, a partir do momento que fossem fisicamente autónomas eram integradas na vida adulta, não havendo cuidados específicos. Entre o século XVIII e XIX as sociedades começaram a apresentar cuidado com a saúde física das crianças e construíram-se os primeiros hospitais pediátricos, onde as crianças eram internadas sem a presença dos cuidadores de referência. Foi, então, no século XX, considerado o século da criança, que se começou a olhar para as crianças como seres distintos dos adultos, fisicamente e psicologicamente. Assim, com o advento das teorias de psicologia, compreendeu-se que as crianças têm necessidades específicas durante as várias fases do desenvolvimento e que os pais são elementos imprescindíveis para o desenvolvimento infantil. Em 1950 instituiu-se o Dia Mundial da Criança, em 1979 a Declaração dos Direitos da Criança e em 1989 a Convenção dos Direitos da Criança, e ainda, a integração dos pais junto dos filhos nos hospitais e o envolvimento parental nos cuidados de saúde (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Atualmente, as crianças e jovens usufruem dos seus próprios direitos e a sociedade implementou estratégias, como o investimento nos cuidados de saúde, focadas no bem-estar deste grupo etário. Ademais, os indicadores de saúde infantil, nomeadamente a taxa de mortalidade infantil, representam importantes indicadores de desenvolvimento de um país. Simultaneamente as dinâmicas familiares também se modificaram, as mulheres integraram o mundo profissional e as crianças são figuras centrais na vida familiar, pelo que o conceito de parentalidade se desenvolveu (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A par das emergentes mudanças políticas, científicas e sociais, os cuidados de Enfermagem às crianças e jovens modificaram-se, surgindo os conceitos de cuidados

centrados na família e de parceria de cuidados e, consequentemente, a reformulação dos modelos e das estruturas de cuidados de saúde na infância (Smith et al., 2020).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem ditam que o enfermeiro especialista em ESIP trabalha junto da criança, jovem e família com o objetivo de potenciar a saúde das crianças e jovens (Regulamento n.º 351/2015). Assim sendo, é competência do enfermeiro especialista em ESIP maximizar a saúde da criança e do jovem tendo em conta o seu nível de dependência.

Os cuidados de Enfermagem à criança e jovem são necessariamente sensíveis ao envolvimento dos pais, pelo que o alvo de cuidados é o binómio criança/família, com os quais estabelece uma relação de parceria no sentido de otimizar a saúde da criança através da adequada gestão do regime e da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018). As crianças são seres dependentes e vulneráveis devido às suas características incontornáveis, pelo que cabe aos pais a responsabilidade de garantir o desenvolvimento pleno dos seus filhos. Numa situação de hospitalização da criança, toda a família está envolvida e os pais têm o direito e o dever de as acompanhar. Assim sendo, durante a minha prestação de cuidados considerei crucial atender às necessidades da família e promover a adaptação da mesma às mudanças que uma situação de doença numa criança encerram. Este processo implicou a clarificação do papel de cada interveniente, bem como a negociação do envolvimento dos pais.

A título exemplificativo, na prestação de cuidados à criança e jovem internado no Serviço de Pediatria de Medicina e Cirurgia, apresentei-me à criança, jovem e à pessoa que a estava a acompanhar como enfermeira a estagiar e mostrei-me disponível para qualquer assunto sobre os cuidados de saúde à criança. Aquando da necessidade de prestar um cuidado, informei a intervenção que era necessário realizar e a sua razão, de modo a obter a opinião da criança e acompanhante. Por exemplo, recordo-me de uma criança que necessitava de ser puncionada porque o cateter periférico endovenoso que tinha encontrava-se não permeável, impedindo a realização de medicação endovenosa imprescindível ao tratamento. Face a isto, informei a mãe, pessoa que estava a acompanhar a criança, sobre a importância da criança ser puncionada. A mãe, apesar de recetiva à intervenção, reconheceu que tal procedimento lhe provoca ansiedade e que não se sentia capaz de acompanhar o seu filho, pedindo que fosse o seu marido e pai da criança a acompanhar. Assim, aguardou-se a chegada do pai ao serviço e sugeriu-se que fosse o mesmo a acompanhar o filho na punção, o qual concordou. Esta negociação foi importante para a criança, na medida em que a mesma sentiu-se confortada numa intervenção que causa dor e ansiedade.

Quando se fala em parceria de cuidados é imperativo mencionar o Modelo de Parceria de Cuidados, desenvolvido por Anne Casey. A utilização deste modelo vai ao encontro da recomendação do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (Regulamento n.º 422/2018), que preconiza que o enfermeiro especialista em ESIP utilize na sua prática um modelo conceptual centrado na criança e na família.

O Modelo de Parceria de Cuidados defende que a prestação de cuidados de Enfermagem à criança e jovem só é possível quando os enfermeiros possuem competências capazes de dar resposta às necessidades específicas desta etapa do ciclo vital em parceria com os seus pais e família. Os pais são quem melhor presta cuidados aos seus filhos, tendo um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Loureiro et al., 2021). Os enfermeiros planeiam os cuidados em conjunto com os pais, tendo em conta as suas capacidades e a sua vontade de estarem envolvidos no processo, pelo que as decisões são tomadas e negociadas em conjunto. Portanto há uma relação de mutualidade entre os pais e os enfermeiros na procura pelo bem-estar da criança, onde se faz proveito dos pais enquanto os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e dos enfermeiros como os profissionais qualificados para responder às necessidades de saúde das crianças que os pais não colmatam (Craig et al., 2015).

Anne Casey distingue a natureza dos cuidados prestados à criança conforme a pessoa que os presta, pelo que nesta perspetiva os cuidados familiares são distintos dos cuidados de Enfermagem. Os primeiros cuidados são todos aqueles que os pais ou prestadores de cuidados prestam e que, normalmente, correspondem às necessidades humanas básicas, como a alimentação, a higiene, o conforto e o afeto. Por exemplo, na prestação de cuidados em contexto de internamento, sugeri que fossem os pais a prestar os cuidados de higiene, contudo estive presente e colaborei na medida das necessidades. Relembro o caso de uma criança que apresentava um penso num dos membros superiores. Sabendo da importância de manter o penso seco, informei a criança e o acompanhante sobre tal necessidade. A acompanhante, que naquele caso era a mãe, mostrou-se confiante para dar o banho à sua filha, tendo apenas tido a necessidade de orientar sobre a melhor forma de manter o penso seco. Por sua vez, os cuidados de Enfermagem consistem em cuidados especializados praticados pelo enfermeiro, com o intuito de colmatar necessidades relacionadas com a saúde da criança que os pais não são capazes de assegurar. Como exemplo destes cuidados, relembro o caso de um recém-nascido internado nos cuidados intensivos neonatais e pediátricos, em que assisti nos cuidados de higiene. Estes

foram realizados pela equipa de Enfermagem pela razão do bebé se encontrar numa situação de maior fragilidade e carecida de um cuidado mais técnico e de vigilância hemodinâmica. Apesar de distintos, estes dois tipos de cuidados são complementares, em prol do bem-estar da criança alvo dos cuidados, existindo uma relação dinâmica entre eles (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Assim sendo, incentivei os pais a prestar os cuidados familiares, contudo prestei-os em caso de necessidade ou da vontade da criança ou da família. Nesta negociação privilegiei o estabelecimento de uma relação de confiança, aceitação, compreensão e respeito pelas necessidades dos intervenientes. Acredito que fui a principal promotora da parceria nos cuidados, apelando à participação dos pais e respeitando a individualidade de cada criança e da sua família. Nesta dinâmica foi importante a transmissão de informação sobre os cuidados que a criança necessitava usando uma linguagem objetiva e adaptada ao entendimento dos pais, demonstrando-me disponível para demais explicações. Foi perceptível na minha vivência que os cuidados prestados pelos pais proporcionam às crianças a sensação de segurança, apoio e afeto, o que por sua vez contribui para diminuir as consequências emocionais da doença na criança e na família, tais como o *stress* e sentimentos de culpa, respetivamente.

Deste modo, tive a oportunidade de planejar os cuidados em conjunto com os pais, tendo em conta as suas capacidades e a sua vontade de estarem envolvidos no processo de decisão e de tratamento, pelo que as decisões foram tomadas e negociadas em conjunto, sendo que em nenhum momento os pais recusaram-se a serem envolvidos no processo e, naturalmente, cada experiência de parceria foi distinta, atendendo à individualidade dos envolvidos. Portanto, na posição de futura enfermeira especialista em ESIP desenvolvi uma relação de mutualidade com os pais na procura do bem-estar da criança/jovem, onde fiz proveito dos pais enquanto os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e dos meus conhecimentos para responder às necessidades de saúde das crianças que os pais não colmatam.

A OE (2015), por meio do seu guia orientador de boas práticas “Adaptação à parentalidade durante a hospitalização”, vem também reforçar a responsabilidade dos enfermeiros de incentivarem a parentalidade durante a hospitalização, de negociarem com os pais os cuidados a prestar e de informarem sobre a condição de saúde das crianças. Tendo em conta a adaptação que os pais têm de fazer perante o internamento do seu filho, nos contextos onde prestei cuidados a crianças internadas tive a necessidade de ensinar sobre

como tomar conta da alimentação, da higiene, da eliminação, do regime terapêutico e do posicionamento.

A hospitalização corresponde, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010), uma transição de saúde-doença, que deriva da transformação de uma condição de saúde ou bem-estar para um estado de doença, aguda ou crónica, ou vice-versa, ou seja, é um momento de instabilidade entre dois supostos momentos de estabilidade, que levam, obrigatoriamente a adaptação perante a mudança. Na prestação de cuidados assumi o papel de principal agente facilitador do processo de transição, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das crianças e da sua família.

A criança é um ser dependente dos outros, especialmente dos pais, para colmatar as suas necessidades de crescimento e de desenvolvimento. Todavia, a passar por um processo de aquisição de autonomia progressiva no autocuidado, tornando-se cada vez mais independente dos seus cuidadores de referência (Janeiro, 2020). Está integrada numa família, que exerce influência sobre a criança ao mesmo tempo que a ela presta cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020). Neste âmbito, é dado ênfase ao papel parental, apesar de não se descuidar a importância da participação dos restantes familiares.

Associado ao papel parental surge o conceito de parentalidade, definido como o desempenho do papel de pai/mãe, sejam pais biológicos ou substitutos. Estes tomam conta dos seus filhos e, implicitamente, assumem as responsabilidades de ser mãe e pai. A parentalidade envolve a adoção de comportamentos que facilitam a integração de um recém-nascido na família e que otimizam o crescimento e desenvolvimento das crianças (ICN, 2019). Concomitantemente, a OE (2015) assume que a parentalidade dá resposta a todos os fatores que potenciam o desenvolvimento e que poderão ser satisfeitos pelos pais. Um bom desempenho da parentalidade passa pela satisfação das necessidades básicas, pela garantia da segurança, pela transmissão de emoções e afetos e pelo estabelecimento da vinculação. De acordo com o ICN (2019), a parentalidade é um foco de Enfermagem que envolve quatro dimensões: a vinculação, a adaptação à parentalidade, a educação da criança e a parentalidade efetiva. A Teoria das Transições de Meleis (2010) refere-se à parentalidade como um processo transacional, que se prolonga desde a gravidez, passa pelo nascimento da criança e estende-se até aos dezoito meses após o parto. Para esta autora, a parentalidade enquadra-se também numa transição de natureza situacional, na medida em que a alteração de papéis após o nascimento tem uma grande influência na forma como a família se reajusta. A complexidade por detrás da parentalidade assumiu um foco importante na minha

intervenção como enfermeira a desenvolver competências especializadas em ESIP, merecendo o melhor apoio junto dos pais.

Seguindo esta linha de pensamento, Monteiro e Cerqueira (2020) descrevem que os enfermeiros têm a responsabilidade de avaliar a família do ponto de vista das necessidades da criança e, assim, implementar intervenções que garantam sempre o envolvimento dos pais, o seu empoderamento e capacitação, tendo sempre em atenção a vontade destes.

Assim sendo, surgiu a necessidade de utilizar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, o qual é adotado pela OE como sendo “interativo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança” (Figueiredo, 2009, p. 267). De acordo com Figueiredo (2009), e na perspetiva dos cuidados especializados à criança e família, é “essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição” (p. 32). A utilização deste modelo foi de especial interesse nos estudos de caso realizados nos estágios de Pediatria médica e cirúrgica em contexto de internamento (Apêndice A e B), uma vez que permitiu estabelecer um percurso minucioso na avaliação e identificação das necessidades das crianças e famílias, determinando de igual modo um conjunto detalhado de intervenções que visaram responder aos problemas reconhecidos como prioritários, reais ou potenciais.

Naturalmente, a criança, jovem e a sua família estão inseridas num ambiente, o qual representa o contexto onde a criança cresce, influenciando diretamente o seu desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020). Neste ambiente incluem-se todos os estímulos independentes da criança, ou seja, que lhe são externos. Um ambiente seguro promove um crescimento saudável, pelo que procurei facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à segurança. A título exemplificativo, na UCINP tentei reduzir o ruído hospitalar ao desligar os alarmes prejudiciais ao neuro desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros e no Serviço de Pediatria incentivei a ida das crianças à sala de brinquedos.

Considero imprescindível que se empodere as famílias através da sua capacitação cognitiva e prática, levando a uma aquisição de competências parentais adequadas no processo de saúde da criança, nomeadamente, maior conhecimento, habilidade e confiança. Neste sentido, e indo ao encontro do que é recomendado por Ramos (2020), promovi o empoderamento das crianças, jovens e famílias ao valorizar as suas expectativas, ao fornecer informação, ao utilizar uma linguagem objetiva, ao envolver nos cuidados, ao atender às preferências e opiniões e ao incentivar a tomada de decisão autónoma e informada. Assim,

utilizei estratégias motivadoras que permitiram à criança, jovem e família desenvolver e atingir os seus papéis de saúde.

O empoderamento foi especialmente importante na primeira consulta de Enfermagem no Centro de Saúde ao recém-nascido, uma vez que coincide com a fase em que os pais estão a passar por uma transição para a parentalidade. Esta transição envolve o conhecimento do filho recém-nascido, a prestação de todos os cuidados que o mesmo necessita, o desenvolvimento de habilidades como pais e a adaptação familiar.

Assim, nas primeiras consultas ao recém-nascido no Centro de Saúde debruçei-me sobre a promoção da saúde do bebé, nomeadamente atendi aos focos de Enfermagem: desenvolvimento infantil, crescimento e conhecimento sobre alimentação infantil. Relativamente ao conhecimento sobre alimentação infantil, promovi a amamentação, pelo que implementei estratégias para empoderar os pais sobre a amamentação, elucidando que é um processo de aprendizagem, por vezes moroso, que implica que a mãe aprenda a amamentar o seu bebé. De acordo com Oliveira (2016), a prevalência da amamentação diminui drasticamente no primeiro mês de vida do bebé. A amamentação já estabelecida na maternidade necessita de ser reforçada, sendo a primeira consulta de Enfermagem o momento ideal para o realizar através da validação e reforço de ensinamentos sobre estratégias elementares. Para tal, reforcei os benefícios da amamentação, transmiti informação sobre a mesma (pega correta, sinais que o bebé está a mamar, cuidados à mama, horários de amamentação), elogiei as capacidades da mãe e do bebé e incentivei a participação do pai.

A interação entre o enfermeiro e a criança/família permite uma comunicação clara e adaptada às capacidades cognitivas e interpretativas da família, baseada na partilha de conhecimentos, na medida em que esta é capaz de gerir e assimilar a informação que lhe é oferecida para fundamentar a sua própria tomada de decisão (Regulamento n.º 351/2015). Assim, é possível estabelecer o paralelismo com a competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (Regulamento n.º 422/2018), que diz que o enfermeiro comunica com a criança e família de forma apropriada à etapa de desenvolvimento e à cultura. Esta recomendação é reforçada na Carta da Criança Hospitalizada, documento que diz que "as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão" (Instituto de Apoio à Criança, 2008, p.8). Deste modo, a implementação de planos de cuidados contemplou o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família, adequando a comunicação e linguagem às aptidões da mesma.

Evidentemente, no meu percurso tive a necessidade de aprofundar conhecimentos com o intuito de ser capaz de reconhecer qualquer alteração do estado de saúde ou situação que modifique o normal desenvolvimento da criança. Sendo assim, considero que foi imprescindível à implementação de respostas de Enfermagem apropriadas o conhecimento sobre as doenças mais comuns às várias idades, nomeadamente os sinais e sintomas e os cuidados de Enfermagem associados. Para tal, adotei como estratégia o estudo sobre como prestar cuidados de Enfermagem à luz da melhor e mais atualizada evidência científica no início de cada ensino clínico, bem como durante. Nos estudos de caso (Apêndice A e B) realizados no Serviço de Pediatria elaborei uma breve revisão de literatura sobre as infeções da pele, a osteomielite e os acidentes.

De acordo com o mais recente relatório da DGS (2018), sobre as estatísticas em saúde infantil e juvenil, a maior causa de morbilidade hospitalar nos primeiros nove anos de vida são as doenças do aparelho respiratório e entre os dez anos e os 17 anos são as doenças do aparelho digestivo. A segunda causa de morbilidade infantil no primeiro ano de vida são as afeções originadas no período perinatal, entre o primeiro ano de vida e os quatro anos são as doenças infecciosas e parasitárias, entre os cinco e os nove anos são as doenças do aparelho geniturinário e entre os dez e 17 anos as lesões e os envenenamentos. No que toca às causas de mortalidade infantil (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2022), sabe-se que nos primeiros quatro anos de vida são as afeções originadas no período perinatal, seguido por malformações congénitas e cromossómicas. Os tumores surgem como principal causa de mortalidade infantil entre os cinco e os 14 anos, sendo a terceira no primeiro ano de vida e a segunda entre os 15 e os 19 anos. Os acidentes destacam-se na adolescência, mais especificamente entre os dez e os 19 anos, como principal causa. Durante os estágios as afeções mais apresentadas pelas crianças e jovens vão ao encontro destas estatísticas.

A prevalência dos transtornos mentais apresenta uma tendência de crescimento (Silva, E. M. V. B et al., 2020). O Programa Nacional para a Saúde Mental emanou um conjunto de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, entre as quais, programas de educação em saúde mental na idade escolar, prevenção da violência e do abuso de drogas ou programas de desenvolvimento pessoal e social. Nesta ordem de ideias, como futura enfermeira especialista em ESIP procurei na prestação de cuidados promover a saúde mental através da promoção dos afetos, da educação para a sexualidade e da prevenção do consumo de substâncias psicoativas e de comportamentos aditivos. Além disto, promovi o estabelecimento de vínculos entre os pais e os seus filhos e capacitei os pais sobre estratégias promotoras de saúde, uma vez que uma criança que cresça e se desenvolva de forma saudável

é mais capaz de desenvolver estratégias de *coping* e a ter um estilo de vida mais saudável (Silva, E. M. V. B et al., 2020). Tive a oportunidade de implementar estas intervenções nas consultas de Enfermagem no âmbito do estágio na comunidade.

Especificamente no ensino clínico no SUP, contactei com crianças e jovens, predominantemente adolescentes, com doença mental. Nestes contactos considero que fui capaz de identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. A título de exemplo, relembro o caso de uma adolescente com antecedentes de depressão maior que recorreu ao SUP após automutilação. Face a isto, a adolescente teve indicação para internamento numa instituição de pedopsiquiatria. No curto espaço de tempo coincidente com as horas que duraram o meu turno, pude conversar com a adolescente, conhecer um pouco da dinâmica e estrutura familiar e permitir a expressão de sentimentos.

Lima (2018), reitera que a exposição a maus-tratos, a violência e a negligência contribuem para o aumento do risco de problemas de saúde e de aprendizagem. Também promovem comportamentos problemáticos, nomeadamente, o uso de substâncias, a violência e o suicídio. Por outro lado, ambientes promotores de experiências positivas beneficiam o desenvolvimento cerebral saudável (Lima, 2018). Nesta ordem de ideias, ao longo dos estágios estive atenta a sinais de maus-tratos, nomeadamente, negligência, maus-tratos físicos e psicológicos, abuso sexual e síndrome de Munchausen por procuração.

Particularmente no estágio no Centro de Saúde foram realizadas consultas de Enfermagem de seguimento a crianças/jovens com suspeita de negligência e violência física. Uma dessas crianças em específico foi notificada pela pré-escola à enfermeira tutora por apresentar sinais de negligência, mais especificamente, falta de higiene e perturbação na socialização e linguagem. Além disto, a figura de referência, a mãe, demonstrava desinteresse no desenvolvimento infantil e, ainda, desconsiderava os alertas da escola sobre a dificuldade na comunicação (vocabulário pobre e várias palavras de português do Brasil) e na interação com outras crianças. Neste contexto houve o contacto da escola com a enfermeira tutora, a qual agendou uma consulta de Enfermagem com o intuito de identificar se haveria sinais de negligência. De acordo com Pádua et al. (2020), a negligência existe quando não são facultadas as condições essenciais para o desenvolvimento saudável da criança/jovem. Posto isto, no tempo que estive em estágio tive a oportunidade de realizar consultas de seguimento à criança, onde foi efetivamente possível constatar que a criança apresentava dificuldade na linguagem e uma preferência pelo uso do telemóvel. A mãe quando questionada sobre o uso das tecnologias pela criança referiu com naturalidade que a criança passa os tempos livres a ver vídeos no telemóvel, dando preferência a essa atividade

às brincadeiras com os irmãos mais velhos. A somar a isto, a mãe apresentava um comportamento despreocupado com o cumprimento de rotinas e tinha história de faltar às consultas de vigilância de saúde. Face a isto, foi orientada sobre a importância de rotinas e do uso correto das tecnologias, orientações às quais se mostrou recetiva. Todavia, há a necessidade de acompanhar com maior regularidade o desenvolvimento desta criança, pelo que mantém-se uma vigilância de saúde mais assídua e o contacto frequente com a escola, com o objetivo de suprimir o risco e impedir o potencial perigo. Evidentemente, houve a necessidade de se criar uma relação empática e de ajuda, com recurso à escuta ativa e evitando juízos de valor ou culpabilização.

Portugal definiu através da Lei n.º 147/99 a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, que a ação da saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade. Esta lei define um modelo que estabelece três níveis de ação. O primeiro nível atribui legitimidade de intervenção na promoção dos direitos e na proteção das crianças e dos jovens que se encontrem em situação de risco ou perigo às entidades com competência na área da infância e juventude, como a área da saúde e da educação. Um exemplo do primeiro nível de atuação é o caso anteriormente referido.

Por sua vez, no segundo nível a intervenção é direcionada no sentido de remover o perigo, ou seja, quando já não é suficiente e adequada a atuação das entidades do primeiro nível para remover o perigo. Assim, toma lugar a ação da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), na qual a área da saúde participa. No estágio no Centro de Saúde tive a oportunidade de debater casos de crianças referenciadas pela CPCJ, sendo que a minha intervenção em consonância com a da enfermeira tutora, passou por realizar uma vigilância em saúde com maior frequência, assistir e orientar para a garantia do bem-estar e segurança da criança/jovem e identificar possíveis sinais de compromisso do normal desenvolvimento infantil.

Já no terceiro nível, surge a intervenção judicial, através dos tribunais de família e menores. Ainda no estágio no Centro de Saúde realizei uma consulta de Enfermagem a uma criança que os irmãos se encontravam institucionalizados por terem sido retirados à família devido ao facto do pai consumir substâncias ilícitas e, consequentemente, apresentava comportamentos desadequados, violentos e negligentes. Esta consulta de Enfermagem, a par com as anteriores realizadas pela enfermeira tutora, objetivou dar continuidade à vigilância da dinâmica familiar, despistar possíveis sinais de negligência e avaliar o desenvolvimento

e bem-estar da criança. Felizmente, o pai encontrava-se em reabilitação e a criança fora de perigo.

Uma outra intervenção essencial recaiu sobre orientar a família para outros profissionais e para recursos na comunidade. O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (Regulamento n.º 422/2018), reitera que o enfermeiro especialista em ESIP encaminhe as crianças doentes com necessidades de cuidados para outros profissionais e que dê a conhecer à família os recursos da comunidade possíveis de vir a dar igual resposta às suas necessidades. Complementarmente, o terceiro volume dos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil afirma que o profissional de saúde deve “promover a articulação aos vários níveis dos cuidados de saúde e redes de apoio social, otimizando os recursos da área assistencial” (OE, 2011b, p.61). Assim, nos vários contextos de cuidados tive a necessidade de orientar para outros profissionais de saúde e recursos da comunidade, bem como de manter contacto com esses recursos com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados. A título exemplificativo, no Centro de Saúde houve a oportunidade de encaminhar crianças e respetiva família para o assistente social, bem como de debater no seio da CPCJ sobre casos de crianças de modo a estar a par da sua situação social e, posteriormente, realizar a consulta de Enfermagem adequada e adaptada à criança/jovem. Por sua vez, no Serviço de Pediatria orientei as crianças/jovens com feridas cirúrgicas para seguimento no Centro de Saúde da sua área de residência.

Não tive a oportunidade de intervir no âmbito de saúde escolar pelo facto de a mesma não se realizar em nenhum dos campos de estágio onde desenvolvi o meu processo de aprendizagem. Não obstante, durante o desenvolvimento de competências específicas em ESIP, tive a oportunidade de conhecer o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015). Este programa pretende promover a saúde em meio escolar, nomeadamente, promover estilos de vida saudáveis, elevar o nível de literacia para a saúde, melhorar a qualidade do ambiente escolar, prevenir a doença na comunidade educativa, reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar e estabelecer parcerias para a qualificação profissional, investigação e inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar. Apesar de não ter sido possível experienciar atividades de saúde escolar, considero que seria um projeto que deveria ser retomado à Região Autónoma da Madeira com a colaboração dos enfermeiros especialistas em ESIP, pois contribui para o bem-estar, segurança e qualidade de vida das crianças, jovens e respetiva família.

Enquanto futura enfermeira especialista em ESIP, a análise da minha prestação de cuidados remete-me prontamente para um pensamento sistemático e organizado, como é o processo de Enfermagem. A incorporação de teorias e modelos de Enfermagem neste processo constitui um meio de valorização de cada uma das etapas deste processo quando aplicado ao contexto pediátrico, sobretudo no que diz respeito à identificação e resolução de problemas. Assim sendo, a escolha do modelo e teoria deve atender às necessidades específicas desta etapa do ciclo vital em parceria com os seus pais e/ou família, uma vez que estes são quem melhor presta cuidados aos seus filhos, tendo um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Loureiro et al., 2021). Além do mais, deve atender ao contexto de cuidados, por exemplo, nos cuidados hospitalares dei primazia ao uso da Modelo de Parceria de Cuidados, no SUP à Teoria das Transições de Afaf Meleis e no Centro de Saúde à Teoria do Autocuidado. Como tal, na prestação de cuidados fiz uso de várias teorias e modelos de Enfermagem.

1.2.2. Cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

O domínio dos cuidados à criança, jovem e família nas situações de especial complexidade integra cinco competências, as quais são “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de Enfermagem apropriados”; “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”; “Responde às doenças raras com cuidados de Enfermagem apropriados”; “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de Enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”; e “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2019, p. 19193).

Na procura pelo desenvolvimento destas competências, reconheci e prestei cuidados de Enfermagem apropriados em situações de instabilidade das funções vitais e de risco de morte. Os contextos onde tive mais oportunidades de mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade foi no estágio no Serviço de Pediatria de Medicina e de Cirurgia, no SUP e na UCINP. A isso se deve o facto de serem os contextos de cuidados onde as crianças recorrem ou estão internadas por apresentarem doença que necessita de cuidados e vigilância hospitalar. A título exemplificativo, no Serviço de Pediatria e no SUP onde estagiei tive a oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem a vários latentes com bronquiolite. De acordo com a Norma 016/2012,

atualizada em 2015, a bronquiolite é uma infeção respiratória aguda, que ocorre nos primeiros 23 meses de vida, com um pico de incidência entre os três e os seis meses de idade. É provocado em 75% dos casos pelo vírus sincicial respiratório, rinovírus, metapneumovírus, parainfluenza, adenovírus, influenza A e B, coronavírus e bocavírus. Os latentes com esta infeção devem recorrer ao serviço de urgência quando apresentam ingesta inferior a 50% nas últimas 24 horas, letargia, apneia, polipneia, adejo nasal, gemido e saturações de oxigénio inferior ou igual a 94%. Ficam internados quando as saturações de oxigénio são inferiores a 92%, persiste a incapacidade alimentar e dificuldade respiratória moderada a grave. Assim sendo, e indo ao encontro das recomendações da Norma 016/2012, avaliei a frequência respiratória, o impacto na alimentação, o grau de hidratação, a presença de apneia, saturação (despiste de hipoxemia), a frequência cardíaca, o estado de consciência e o grau de dificuldade respiratória. Estas intervenções antecipatórias baseadas em conhecimentos contribuíram para a identificação de focos de instabilidade.

Recordo uma situação vivenciada nos cuidados intensivos e neonatais pediátricos que permitiu refletir, e aprofundar conhecimentos e habilidades sobre suporte avançado de vida pediátrico. Tratou-se do caso de um prematuro de 35 semanas e cinco dias no segundo dia de internamento com o diagnóstico de síndrome de dificuldade respiratória que entrou em falência respiratória. Mais pormenorizadamente, o prematuro que se encontrava estável à primeira observação, iniciou choro estridente, hipoxemia, tiragem e cianose, que não reverteu às medidas de administração de morfina e do aumento do fluxo de oxigénio. Dado o declínio da situação clínica, foi decidido ventilar mecanicamente o bebé e colocar um cateter epicutâneo para administração de medicação endovenosa de forma eficaz e segura. Apesar de não ter sido necessário realizar suporte avançado de vida, evitada pela atuação antecipatória da equipa, a iminência disso acontecer despoletou o interesse de pensar sobre este tema, pelo que foi debatido com a enfermeira tutora e estudado de forma autónoma.

Ao longo de todo o percurso tive, felizmente, uma única oportunidade de prestar cuidados a um jovem em situação de final de vida. Tratou-se de um adolescente cabo-verdiano com neoplasia internado no IPO que se encontrava internado para controlo dos sintomas. De acordo com a Carta dos Direitos da Criança em Fim de Vida desenvolvida pela Fondazione Maruzza LeFebvre D'Ovidio Onlus e traduzida para português por Lacerda (2015), as crianças têm o direito de receber tratamento eficaz através de cuidados qualificados para tratar a dor e outros sintomas físicos e psicológicos. A minha intervenção, apesar de curta devido ao pouco tempo de estágio, baseou-se numa abordagem holística ao jovem e à sua mãe, na implementação de medidas de controlo da dor e de promoção de bem-

estar e no estabelecimento de uma comunicação eficaz. A comunicação foi sem dúvida um desafio, uma vez que tanto o jovem como a sua mãe não compreendiam bem a língua portuguesa. A isto acresce o facto de não ter tido tempo para o desenvolvimento de uma relação terapêutica que permitisse uma relação de ajuda, a expressão de emoções, medos e esperanças e uma conversa sobre a situação de doença e plano de cuidados. Posto isto, como futura enfermeira especialista em ESIP considero imprescindível o desenvolvimento de competências em comunicação no final de vida, pois é um pilar fundamental dos cuidados e uma estratégia terapêutica no sofrimento e controlo de sintomas.

A mãe deste adolescente mantinha uma atitude de indiferença para com o filho. Face a isto, e após alguma reflexão, coloco a hipótese de que a dificuldade que a mãe apresentava em falar com o filho representasse a sua própria dor e luta para aceitar a ideia de morte (Martins & Ramos, 2020). Segundo Costa e Almeida (2021), o diagnóstico de cancro num filho tem repercussões psicológicas e no bem-estar e altera o funcionamento familiar, social e económico. Há, portanto, um luto antecipatório, em que os pais tentam processar a iminência de perder o filho. Face a isto, a mãe deste adolescente encontra-se a passar por um processo de luto, agravado pelo facto de se encontrar fora do seu país de origem e de estar longe da sua rede de apoio. Caso tivesse tido tempo para intervir, considero que deveria atuar no processo de luto com apoio informacional, ou seja, partilhar informação sobre a doença do adolescente, promover a confiança e capacitar para tomadas de decisão (Costa & Almeida, 2021).

Nesta ordem de ideias, quando se fala em fim de vida é inevitável não falar em cuidados paliativos. A essência dos cuidados paliativos é a prestação de cuidados holísticos à criança ou jovem com doença severa e/ou incurável em fase avançada e à respetiva família (Costa & Almeida, 2021). Os cuidados paliativos pretendem dar qualidade de vida a quem dos cuidados necessita, através do controlo de sintomas e do cuidar do estado físico, emocional, social e espiritual. Objetivam, ainda, fornecer apoio à família e suporte no luto (Martins & Ramos, 2020). De acordo com o Despacho n.º 8286-A/2014, o acesso aos cuidados paliativos é um direito básico dos portadores de doenças crónicas complexas e limitantes da qualidade e esperança de vida, bem como das suas famílias. No caso concreto anteriormente relatado, o adolescente não se encontrava internado numa unidade de cuidados paliativos, apesar de apresentar uma doença oncológica incurável. Não obstante, a equipa multidisciplinar implementava cuidados que contribuíam para controlar os sintomas associados à doença e providenciar bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual.

As doenças crónicas caracterizam-se por serem de duração prolongada, causarem incapacidade e não terem cura na totalidade. Em Portugal, as doenças crónicas predominantes são as doenças oncológicas, neuromusculares, cardiovasculares e as alterações congénitas ou genéticas (Charepe, 2020). Estas doenças acarretam um leque de alterações ao normal desenvolvimento do ser humano, exigindo necessidades de saúde e a adaptação familiar, pelo que a intervenção do enfermeiro especialista em ESIP é fundamental na identificação de necessidades, na orientação de estratégias de *coping* e de adaptação, no suporte familiar e na referenciação para instituições de suporte e cuidados de especialidade quando necessário.

O estágio no CDC, no SUP e no Serviço de Pediatria permitiu-me contactar com crianças com doenças e crónicas e raras, situações que além de me terem permitido crescer enquanto pessoa e enfermeira, também me permitiram desenvolver conhecimentos específicos e, assim, delinear planos de cuidados adequados. De entre as doenças que me deparei nos estágios realço a paralisia cerebral e as doenças degenerativas. Quando me deparei com as mesmas, aprofundi conhecimentos sobre as mesmas com base em evidência científica. Além disto, senti a necessidade de me inteirar sobre as competências e necessidades dessas crianças e dos seus cuidadores, de modo a poder implementar estratégias de *coping* e de adaptação e, em alguns casos, orientar para os profissionais da área social e de psicologia.

Recordo a situação de uma criança com uma doença neurodegenerativa de diagnóstico recente internada no serviço no Serviço de Pediatria com uma infeção respiratória. A minha intervenção foi mais além do normal plano de cuidados a uma criança com infeção respiratória, pelo que comecei por compreender as necessidades da criança e da família através da mãe, a principal cuidadora, ou seja, procurei perceber a dinâmica familiar e a aceitação do papel parental e identificar os recursos da família e as suas estratégias de adaptação. Assim, foi possível saber que a família se tinha reorganizado para cuidar desta criança, sendo a avó materna uma ajuda imprescindível. Ademais, na prestação de cuidados apercebi-me que a mãe estava perfeitamente inteirada de como prestar os cuidados à filha, bem como de já estar orientada para os recursos na comunidade e profissionais de saúde especializados. Face à boa adaptação familiar à doença da criança, elogiei a capacidade da mãe, uma vez que o reforço positivo contribui para a confiança parental e, indiretamente, diminui a afluência aos serviços de saúde (Charepe, 2020). Naturalmente, a minha intervenção baseou-se numa relação de parceria, onde os cuidados de Enfermagem foram complementados com os cuidados familiares.

Apesar da boa adaptação familiar ao processo de doença da filha, esta mãe, tal como todas as outras mães, pais e famílias com crianças e jovens com doenças crónicas apresentavam sinais de cansaço e sobrecarga física e emocional. Nesta sequência de ideias, a promoção da esperança foi uma intervenção assídua quando em contacto com crianças com doença crónica. De acordo com o (OE, 2011b), o enfermeiro tem o dever de promover “recursos como a crença religiosa, a espiritualidade, o sentido da vida, o apoio familiar, a rede de suporte comunitário, a entreajuda, e a esperança” (p. 12). Sendo assim, prestei cuidados éticos, morais e espirituais centrados na família, tendo em conta a forma como experienciam a esperança, promovendo a autonomia e facilitando a articulação com os recursos da comunidade. Além disto, realizei escuta ativa, facilitei a expressão de sentimentos e de medos, apoiei na tomada de decisões, promovi o pensamento positivo, elogiei o envolvimento dos pais e mostrei-me disponível.

É imprescindível falar em dor quando se fala de crianças e jovens em situação de especial complexidade. Segundo as Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças da DGS (2010a), a dor corresponde ao quinto sinal vital, é um sinal de instabilidade e de mal-estar e as crianças vivenciam-na, tendo a capacidade de a memorizar com consequências a longo prazo. Assim, é competência do enfermeiro especialista em ESIP fazer a gestão diferenciada da dor, aplicando medidas de controlo não farmacológicas e farmacológicas amplamente suportadas na evidência para o alívio da dor. Além disto, os procedimentos invasivos, muito recorrentes no SUP, no Serviço de Pediatria e na UCIP, representam a principal causa de dor nas crianças que recorrem aos serviços de saúde. Esta dor corresponde a uma experiência sensorial e emocional negativa, envolvendo medo e ansiedade, fatores que agravam a dor (DGS, 2010a).

Nesta senda, durante os estágios avaliei a dor de acordo com as Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças (DGS, 2010a), pelo que acreditei no que as crianças/jovens expressaram verbalmente e não verbalmente quanto à sua dor, tendo dado privilégio à autoavaliação a partir dos três anos. Além disto, foi imprescindível a aplicação de instrumentos de avaliação da dor adequados à idade, situação clínica e tipo de dor. No caso dos estágios em unidades de internamento, como foi o caso dos estágios de Pediatria em unidade médica e cirúrgica, avaliei a dor logo no primeiro contacto com a criança e pelo menos uma vez por turno, tal como é recomendado pela DGS (2010). Para avaliar a dor nos recém-nascidos, nos vários contextos de estágio recorri à escala EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né), a qual está validada para a população portuguesa para avaliação da dor em recém-nascidos de termo e pré-termo e consiste na análise de alterações

comportamentais (Silva, 2022). Por sua vez, nas crianças com idade inferior a quatro anos ou sem capacidade para verbalizar utilizei a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) (DGS, 2010a), a qual avalia indicadores como a expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade. Às crianças com idade superior a quatro anos utilizei a escala de faces de Wong-Baker, que se encontra validada para ser utilizada a partir dos três anos. Já nas crianças com multideficiência fiz uso da escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised), uma escala desenvolvida a partir da FLACC especificamente para crianças com multideficiência e deficit cognitivo (Batalha & Mendes, 2013). Evidentemente, a avaliação realizada foi registada nos respetivos processos clínicos.

Face a uma criança com dor, bem como previamente à realização de procedimentos dolorosos apliquei medidas de controlo da dor farmacológicas e não farmacológicas. Quanto às medidas farmacológicas regi-me pela prescrição médica ou atuei conforme o protocolo de administração de paracetamol existente no serviço que me encontrava a estagiar. Aquando desta intervenção cumpro as orientações técnicas relativas à administração de medicação.

Aliado às medidas farmacológicas, surgiu sempre as estratégias não farmacológicas. Em determinados momentos, as estratégias não farmacológicas foram aplicadas isoladamente das medidas farmacológicas, como por exemplo no caso da administração de vacinas ou na punção venosa. É de realçar que tudo deve ser feito para evitar e tratar a dor, logo utilizei mais do que um método de controlo e combinei estratégias farmacológicas com não farmacológicas. De entre as várias estratégias não farmacológicas existentes e passíveis de serem aplicadas nos recém-nascidos, destaco a sucção não nutritiva (uso de chupeta), o embalo, o contacto físico dos pais, principalmente da mãe, a redução da incidência de luzes e do ruído ambiental, o aleitamento materno, a contenção que promove a organização comportamental e a massagem terapêutica. Por sua vez, nas crianças e adolescentes dei preferência às intervenções cognitivas, nomeadamente informei sobre o procedimento que iria realizar, distraí com música e vídeos disponíveis de serem visualizados nas televisões dos serviços, elogiei e dei recompensas (exemplo: autocolantes), utilizei a imagem guiada e, ainda, simulei os procedimentos em brinquedos, em mim ou em elementos da equipa. A este conjunto de intervenções adiciono as intervenções comportamentais, tais como a distração e o relaxamento, sendo que me apercebi que o relaxamento foi especialmente útil nos adolescentes. A massagem, o posicionamento, a aplicação de frio ou calor também foram úteis na prevenção e controlo da dor nas crianças e adolescentes (OE, 2013).

Mais especificamente, uma das estratégias não farmacológicas utilizadas foi o aleitamento materno na vacinação em contexto de consulta de Enfermagem. Assim, sugeri aos pais a amamentação do latente durante a administração da vacina, explicando-lhes que a amamentação contribui para a diminuição da dor, uma vez que a sucção é analgésica para o bebé e que o leite materno contém substâncias que ajudam a minimizar a dor. Ademais, diminui a ansiedade da mãe. Para que fosse eficaz, o bebé era colocado à mama antes do procedimento, garantia-se que estava a realizar uma boa pega e permanecia alguns minutos após o procedimento (Moura et. al, 2021). Esta estratégia foi também utilizada no rastreio neonatal aos recém-nascidos.

1.2.3. Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

O último domínio de competências relativo à prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem engloba as competências: “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”; “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”; “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”; e “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, 2019, p. 19194).

A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil é um foco de cuidados do enfermeiro especialista em ESIP e é um dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), pois permite a vigilância em saúde infantil e, consequentemente, ganhos em saúde. Assim sendo, em todos os estágios pude implementar estratégias que para tal contribuíram, contudo foram as consultas de Enfermagem de vigilância de saúde infantojuvenil no estágio no Centro de Saúde que permitiram o seu desenvolvimento de forma mais consistente (DGS, 2013).

Quando se fala em consultas de Enfermagem de vigilância de saúde infantojuvenil em contexto comunitário é imprescindível falar em promoção da saúde e no PNSIJ (DGS, 2013). Em 1986 foi aprovada a Carta de Ottawa (Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986), que define promoção da saúde como um processo que tem o objetivo de aumentar a capacidade dos indivíduos sobre o controlo da sua saúde com vista a melhorá-la. Assim sendo, constatou-se que a promoção da saúde se baseia nas seguintes estratégias: políticas públicas saudáveis, ação comunitária, competências pessoais, ambiente favorável

e reorientação dos serviços de saúde. Neste âmbito, os cuidados de saúde primários são relevantes para a promoção da saúde e prevenção da doença da criança, jovem e sua família.

Nesta ordem de ideias, as consultas de Enfermagem realizadas no estágio de Saúde Infantil na comunidade permitiram a promoção da saúde das crianças, jovens e família. Dado à complexidade das mesmas, fiz do PNSIJ um documento base para as preparar e realizar. Neste é possível encontrar a cronologia recomendada para a realização das consultas, os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios dos zero aos 18 anos, as curvas de crescimentos, as regras para o transporte de crianças em automóvel, informação sobre o desenvolvimento infantil e os sinais de alarme, as recomendações de saúde oral, os parâmetros da tensão arterial e as especificidades da entrevista ao adolescente.

No que se refere aos cuidados antecipatórios, o PNSIJ (DGS, 2013) valoriza-os como fatores de promoção da saúde e da prevenção da doença, pois privilegiam comportamentos de saúde em função da idade e do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem. Durante o meu percurso formativo atendi aos principais focos, os quais são a monitorização antropométrica, a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, a alimentação, a atividade física, os hábitos de sono, os hábitos de eliminação, os acidentes e segurança, os hábitos de higiene, a saúde oral, a escola, a atividade física, a sexualidade, os consumos nocivos, a relação com a família e amigos e a vacinação.

O crescimento corresponde ao aumento de peso, de comprimento/altura, crescimento da cabeça e restantes modificações do corpo que vão acontecendo ao longo do tempo de forma ordenada (Fernandes & Andrade, 2020). Para avaliá-lo procedi à monitorização dos dados antropométricos, mais especificamente, do comprimento nas idades até aos dois anos, da altura a partir do segundo ano de vida, do peso e do perímetro cefálico. Complementarmente, surgem as curvas de crescimento, as quais constituem uma ferramenta de monitorização do estado nutricional e de crescimento das crianças e jovens, pelo que traduzem o crescimento mais próximo do ideal. Estas foram desenvolvidas pela OMS e são adaptadas para a população mundial (DGS, 2013). Nesta sequência, procedeu-se ao preenchimento das curvas de crescimento disponíveis no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e no processo informático da criança tendo em conta os dados da avaliação antropométrica e, assim, pude compreender se a criança estava a crescer de acordo com o expectável.

Apesar do estágio no Centro de Saúde privilegiar a avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil, nos outros locais de estágio surgiram momentos oportunos para demonstrar conhecimento nesta área. A título exemplificativo, uma das situações

vivenciadas é o caso de um recém-nascido que recorreu ao SUP por perda ponderal significativa, isto é, superior a 10% do peso de nascença na primeira semana de vida. Face a isto foi importante avaliar o peso, o comprimento, o perímetro cefálico, o desenvolvimento psicomotor (reflexos), as rotinas de aleitamento e a amamentação. Face a esta avaliação percebeu-se que a amamentação estava bem estabelecida. Visto que o recém-nascido apresentava perda de peso considerável, houve a necessidade de implementar intervenções interdependentes prescritas pelo pediatra, nomeadamente ensinar e assistir a mãe na administração de leite de fórmula.

Associado ao crescimento, surge a alimentação, cujas linhas de orientação sobre alimentação pude consultar no manual Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação Para Profissionais e Educadores (DGS, 2019). Este documento também foi útil na avaliação do crescimento, uma vez que disponibiliza informação sobre as características específicas de crescimento considerado normal e, ainda, como base para as orientações sobre atividade física.

De acordo com a OE (2010), a monitorização do desenvolvimento infantil decorre através de duas fases: intervenção inicial e intervenção posterior. Na intervenção inicial devem ser identificados os dados da criança desde a gravidez até ao momento da avaliação e os antecedentes familiares relevantes, tais como o padrão sociocultural familiar. Nesta primeira etapa, também se identificam o padrão de desenvolvimento inerente à faixa etária e aplica-se um instrumento de avaliação, como por exemplo o Schedule of Growing Skills II (SGS II), sempre num momento de colaboração da criança e na presença de um prestador de cuidados direto. Em todo o processo, a comunicação deve ser adequada à etapa de desenvolvimento, à cultura e ao contexto social. Por sua vez, na intervenção posterior há a capacitação do prestador de cuidados sobre comportamentos promotores do desenvolvimento infantil e, em caso de necessidade, referenciação da criança para outros tipos de intervenções. Nesta etapa inclui-se identicamente a intervenção na comunidade, nomeadamente serviços sociais e escolas (OE, 2010).

No estágio no Centro de Saúde procedi à avaliação do desenvolvimento infantil do nascimento aos cinco anos aplicando a SGS II nas idades recomendadas (Bellman, Lingam & Aukett, 2003) e realizei o despiste de sinais de alarme. Caso as crianças apresentassem critérios para despiste de autismo poderia ter feito uso da Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), situação que não ocorreu. Feita a avaliação do desenvolvimento infantil, implementei estratégias promotoras do desenvolvimento infantil, encorajando e elogiando as crianças e os seus pais. Nos recém-nascidos o desenvolvimento foi avaliado

através do Newborn Behavioural Observations (NBO) em colaboração com a enfermeira tutora. Para a avaliação da etapa de desenvolvimento do adolescente baseei-me nos Estádios de Tanner, descritos no PNSIJ (DGS, 2013).

Identicamente, no estágio no CDC apliquei a SGS II em todas as consultas de Enfermagem, uma vez que esta instituição de saúde presta cuidados a crianças e jovens com dificuldades no desenvolvimento ou por terem tido internamento na UCINP por prematuridade ou baixo peso à nascença. Assim sendo, a avaliação do desenvolvimento infantil é foco central, pelo que aprovei o contexto para realizar uma reflexão descritiva e crítica da avaliação do desenvolvimento infantil efetuada a uma latente.

No que concerne à vacinação, baseei-me no Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2020). Durante o estágio na comunidade tive a oportunidade de administrar vacinas a crianças e jovens no âmbito do esquema geral recomendado, em esquemas vacinais de recurso e a grupos de risco ou com circunstâncias especiais. Tive, ainda, a oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora na adaptação de esquemas vacinais de crianças com esquemas vacinais de outros países, como foi o caso de uma criança com nacionalidade venezuelana a residir recentemente na Região Autónoma da Madeira.

Por sua vez, e indo ao encontro da recomendação do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 (DGS, 2010b) sobre a necessidade dos profissionais de saúde promoverem a prevenção de acidentes, a minha intervenção passou por orientar sobre as normas de segurança e verificar/validar o seu cumprimento. A título de exemplo, na primeira consulta de Enfermagem ao recém-nascido verifiquei se a cadeira de transporte tinha os cintos bem ajustados e orientei para os cuidados preventivos da morte súbita.

A vinculação é um sistema primário específico, presente desde o nascimento, que garante a sobrevivência, segurança e proteção da criança, com base na proximidade à figura de vinculação (Querido et al., 2022). Nesta ordem de ideias, o enfermeiro especialista em ESIP deve promover a vinculação, pelo que durante os estágios promovi estratégias promotoras da vinculação, nomeadamente, a parentalidade, a amamentação e o comportamento interativo.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), dá especial atenção à transição para a parentalidade, por considerar tratar-se de um fenómeno de adaptação altamente desafiante para os pais. A OE (2015), por meio do seu guia orientador de boas práticas Adaptação à parentalidade durante a hospitalização, vem também reforçar a complexidade por detrás do processo de tornar-se pai e mãe, enfatizando toda a mudança que ele envolve – desde assumir novas responsabilidade, passando pela alteração de papéis até à reestruturação dos projetos

de vida. A OE (2015) descreve que a adaptação à parentalidade traduz “um processo de transição que tem riscos associados, porque a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição” (p. 11).

O nascimento de uma criança prematura pode afetar negativamente a transição para a parentalidade e, conseqüentemente, os processos de vinculação. Além disto, a separação ocorrida por meio do internamento do bebé na unidade de neonatologia pode trazer consequências danosas à relação entre mãe/pai e filho. Assim sendo, e recordando o estágio de neonatologia, tive a oportunidade de ajudar na promoção da vinculação entre um casal e os seus filhos gémeos que nasceram prematuros. Nesta situação, tive em consideração, antes demais, que a transição para a parentalidade destes pais acarretava uma certa sensibilidade por todo o “mundo novo” e desconhecido que envolvia, uma vez que a adaptação à parentalidade para a chegada de um filho idealmente projetado foi afetada por intermédio da prematuridade. Segundo demonstrado no caderno “Adaptação à parentalidade durante a hospitalização” (OE, 2015), “a doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade” (p. 11). Posto isto, foi fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com os pais, para iniciar assim o processo de vinculação. Ademais, considerei fundamental que se transparecesse aos pais que eles são quem melhor presta cuidados aos seus filhos (OE, 2015). Neste sentido, conforme afirmado na Carta da Criança Hospitalizada, promulgada pelo Instituto de Apoio à Criança (2008), os pais foram incentivados a acompanhar os seus filhos durante todo o decorrer do internamento, tomando conhecimento sobre as normas e dinâmicas do serviço, para que se pudessem ajustar e participar nos cuidados. Simultaneamente, negocieei o seu envolvimento no plano de cuidados aos recém-nascidos, implementando e gerindo com eles um plano de saúde.

Na mesma ordem de ideias, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), ditam que a implementação de intervenções de Enfermagem deve obedecer à avaliação e promoção do desenvolvimento da parentalidade, para as quais a OE (2015), define como estratégias o apoio, o ensino, a instrução e o treino, por forma a que os pais se venham a capacitar para assegurar os cuidados ao filho, reforçando que “a aprendizagem parental não é isenta de erros, omissões, dificuldades” (p. 20). Para além da dotação de conhecimento e capacidades para tomar conta dos prematuros no decorrer da transição para a parentalidade, é importante fomentar a ligação afetiva e emocional entre os pais e os bebés. A vinculação é, então, uma

área de grande interesse e à qual o enfermeiro especialista em ESIP deve atender, sobretudo no que diz respeito às situações de prematuridade, pela vulnerabilidade que encerram. A participação dos pais nos cuidados é tanto melhor, quanto melhor forem os laços afetivos que os unem ao seu bebé. O processo de transição para a parentalidade reflete-se na qualidade do vínculo entre os pais e o recém-nascido, revelando “ser um determinante central para a saúde, atual e futura, da criança” (OE, 2015, p.9). Deste modo, incentivei o contacto físico e o comportamento interativo entre os pais e o recém-nascido, nomeadamente através do contacto pele a pele e da amamentação.

A promoção de esperança realista constitui identicamente uma estratégia promotora da vinculação e da parentalidade, pelo que é fulcral ser realista na forma como se comunica com os pais, incutindo a esperança, mas jamais os iludindo com falsas expectativas. No ato da admissão, os pais devem ser elucidados sobre as rotinas do serviço e integrados nas mesmas, como parceiros de cuidados desde o primeiro dia (Santos et al., 2019). A informação cedida pelos enfermeiros deve ser disponibilizada na medida em que os pais se demonstram preparados para a receber. É necessário encontrar as oportunidades certas para clarificar as dúvidas dos pais, auxiliando-os numa tomada de decisão tendo por base a consciência plena sobre a situação que se encontram a vivenciar (Craig et al., 2015).

Por sua vez, é essencial que a comunicação se faça segundo técnicas adaptadas à idade e ao estágio de desenvolvimento de todos os intervenientes, respeitando os aspetos culturais inerentes. Não obstante, o enfermeiro deve gerir e adequar da melhor forma o processo de interação com os pais e criança, mediando a quantidade e a qualidade da informação que lhes expõe. De acordo com o Modelo da Competência Cultural de Campinha-Bacote (2019), o cuidado de Enfermagem culturalmente competente tem como objetivo reduzir as disparidades em saúde, melhorar os cuidados prestados, promover a equidade em saúde, promover a saúde e bem-estar, prevenindo a doença e o sofrimento. Segundo Leininger (1998), citada por Coutinho et al. (2017), através da sua Teoria Transcultural, a Enfermagem é uma profissão de cuidados transculturais e interculturais congruentes, que se baseiam no respeito pelos valores culturais inerentes aos estilos de vida. Sendo assim, durante os estágios adaptei-me à cultura e às crenças dos crianças, jovens e famílias.

Inevitavelmente, a interação entre o enfermeiro e a criança, jovem e família é determinante na experiência da criança, sendo de grande importância que as crianças e os jovens compreendam o que lhes é transmitido, sejam ouvidas, possam realizar questões e saibam o nome de quem lhes está a prestar cuidados (Fernandes, 2020). Na prestação de

cuidados nos vários contextos de estágio adotei as seguintes estratégias de comunicação: coloquei-me ao nível dos olhos da criança quando comunicava com elas, demonstrei importância pelas coisas que a criança apresentava interesse e usei essas mesmas como tema de conversa, mantive o meu tom de voz normal, ajustei o vocabulário o necessário para ser compreendido, evitei comentários que pudessem embaraçar a criança, mantive uma atitude calma e permiti a expressão das preocupações (Fernandes, 2020).

A promoção da autoestima nos adolescentes foi um assunto que me despertou particular atenção, pois a consequência da sua ausência tem um impacto negativo na transição para a vida adulta e, também, na saúde. A adolescência encerra em si um valor aumentado sobre as questões da autoimagem, da autoestima e do autoconceito, na medida em que a inserção do jovem no seu grupo de pares vai depender muito da sua autoconfiança e da sua correspondência às expectativas dos outros. Segundo Ramos (2017), o autoconceito remete-nos para o próprio autoconhecimento, que reúne um conjunto de conceitos, crenças e convicções pessoais advindas da relação com o outro, capazes de influenciar a forma de ser e estar do indivíduo perante o meio em que se insere. No autoconceito, inserem-se as noções de autoestima, intimamente ligada à imagem corporal, já que consiste na avaliação que os indivíduos fazem sobre si, tendo em conta a sua representação física diante dos outros.

Nesta linha de pensamento, na prestação de cuidados aos adolescentes adaptei a minha comunicação e permiti que expressassem as suas emoções. O contacto com os adolescentes a nível comunitário deu-se aos 10 anos, aquando da vacinação contro o Vírus do Papiloma Humano. Oportunamente, interessei-me em conhecer o seu contexto de vida e compreender a perceção dos próprios sobre a forma como se apresentam. Ademais, facilitei a expressão de emoções, realcei as suas características pessoais através do elogio e promovi a adoção de tomadas de decisão responsáveis. Foi, ainda, importante perceber a relação com o grupo de amigos e com a escola, pois é uma forma de identificar comportamentos de risco.

1.3. Processo de desenvolvimento de competências de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Os enfermeiros detêm “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais” (Lei n.º 156/2015, p.8061, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98) e, tal como é proclamado no Código Deontológico do enfermeiro, assumem o dever de, entre outros, “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da

população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (Lei n.º 156/2015, p. 8078, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98).

Nesta linha de pensamento, após três anos de experiência profissional, surgiu a necessidade de desenvolver competências especializadas em Enfermagem, nomeadamente em ESIP. A minha vida profissional iniciou-se pela prestação de cuidados de Enfermagem a adultos, idosos e, pontualmente, crianças em estabelecimentos de saúde privados, em contexto de internamento e de consulta externa. Com a admissão no SESARAM, o meu trajeto profissional direcionou-se para o Serviço de Cardiologia e de Cirurgia Cardiorácica, serviços que englobam a enfermaria, a Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos, a Unidade de Tratamento Intensivo Coronário e o laboratório de Hemodinâmica. Contudo, desde o curso de Licenciatura que o cuidar à criança, jovem e família me despertou especial interesse. O debate com colegas que trabalham junto desta população sobre as experiências que vivenciam diariamente, bem como a necessidade de me especializar numa área específica e de desenvolvimento profissional, levou a uma longa reflexão, que culminou com a inscrição no curso de MESIP.

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, capítulo III, artigo 15.º, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem conhecimentos e capacidades de compreensão sustentados nos desenvolvidos ao nível do 1º ciclo. Estes conhecimentos e capacidades devem, ainda, possibilitar o desenvolvimento de novos conhecimentos, nomeadamente em contexto de investigação. Além disto, o mestre aplica os seus conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações novas e não familiares, bem como em contextos alargados e multidisciplinares. É, também, capaz de resolver problemas complexos, de desenvolver soluções e de refletir sobre as implicações éticas e sociais. Ademais, o titular do título de mestre comunica os seus conhecimentos de forma clara e sucinta e é capaz de adquirir autonomamente competências que permitem uma aprendizagem contínua.

Nesta ordem de ideias, ao longo do curso de MESIP proporcionaram-se oportunidades potenciadoras do desenvolvimento das competências de mestre. O percurso realizado durante o curso de MESIP proporcionou muitos momentos de reflexão sobre a minha prestação enquanto futura enfermeira especialista em ESIP e sobre os cuidados de Enfermagem especializados em ESIP, o que me despertou para a importância da investigação e de uma prática baseada na evidência científica, fundamental para o processo de tomada de decisão no cuidar da criança, jovem e da sua família. Neste sentido, durante os estágios recorri à mais recente evidência científica disponível em bases de dados científicas.

Recordo, por exemplo, a Unidade Curricular Optativa I – Diabetes na Criança e Adolescente, onde foi elaborada um estudo de revisão narrativa de literatura intitulada: Intervenções de Enfermagem pediátrica biopsicossocial no adolescente com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo 1: uma revisão da literatura. A realização deste estudo permitiu o desenvolvimento de competências em investigação, mais especificamente, a aplicação de conhecimentos sobre métodos de pesquisas em bases de dados científicas, a redação de um artigo e a síntese e exposição das principais conclusões. Este estudo foi divulgado através de uma comunicação em âmbito académico ao grupo de mestrandas em MESIP e às professoras orientadoras. Posteriormente, passou por um processo de submissão a uma revista que culminou com a publicação na Revista Child Studies.

A par da elaboração do presente relatório final realizei um estudo de revisão integrativa, o qual proporcionou a aquisição de conhecimentos sobre o processo de realização de uma revisão integrativa, o aprofundamento de conhecimentos sobre redação das principais conclusões e o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a temática em estudo. Pretendo, ainda, expor, através de uma comunicação pública oral, os resultados obtidos e submeter o artigo para publicação numa revista científica.

Concretamente sobre o processo de reflexão, utilizei o ciclo reflexivo de Gibbs, o qual apela à descrição da situação vivenciada e a consequente análise dos sentimentos despertados, avaliação da situação com a identificação dos aspetos positivos e negativos, análise, conclusão e planeamento da ação para o futuro. Deste modo, é possível refletir com base num modelo estruturado e, naturalmente, melhorar a intervenção de Enfermagem. Especificamente no estágio de Pediatria em Neonatologia e no Estágio de Saúde Infantil em Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança, realizei duas reflexões fundamentadas sobre situações que considerei de complexidade e interesse à intervenção do enfermeiro especialista em ESIP. Ambas permitiram a aquisição de novos conhecimentos, a reflexão sobre o processo de tomada de decisão e o desenvolvimento de estratégias úteis para futuras situações de cuidados.

No estágio de Pediatria em Unidades de internamento de medicina e no estágio de Pediatria em Unidades de cirurgia, enfatizo a realização de em cada um deles de um processo de Enfermagem fundamentado (Apêndice A e B). Permitiu, portanto, a avaliação detalhada de um recém-nascido em situação de doença do foro médico e de um adolescente no pós-operatório de uma cirurgia ortopédica após um acidente. Assim, analisei os casos fazendo uso das etapas do Processo de Enfermagem. Na primeira etapa, utilizei modelos de Enfermagem, nomeadamente a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de

Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo para avaliar a criança, jovem e família e, assim, identificar focos de atenção específicos. Sucedeu-se a definição de diagnósticos e o delineamento, implementação e reformulação de intervenções de Enfermagem, onde recorri à terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a qual representa uma linguagem comum a todos os enfermeiros. Ainda no delineamento de intervenções baseei-me em evidência científica na senda de alcançar os resultados desejados e, simultaneamente, garantir o bem-estar da criança, jovem e família.

De acordo com Adamy et al. (2020), o processo de Enfermagem é uma metodologia científica importante na consolidação da profissão e na constituição de uma identidade profissional, com base em conhecimentos estruturados que suportam a prática diária e os processos de tomada de decisão. Concomitantemente, o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96), enfatiza que os cuidados de Enfermagem se caracterizam por fazerem uso de metodologia científica.

Ambos os processos de Enfermagem fundamentados foram discutidos com os docentes e apresentados aos demais colegas, o que vai ao encontro do preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018, que realça a capacidade de comunicar conclusões e conhecimentos.

Ao longo dos estágios deparei-me com experiências complexas que exigiram tomada de decisões, capacidade de integrar conhecimentos e desenvolvimento de soluções. Perante isto, orientei e direcionei o meu pensamento e prática para a determinação de prioridades, aquisição de conhecimentos úteis para aplicabilidade na prática e articulação dos princípios éticos com as situações da prática. O presente relatório final, bem como os relatórios de estágio realizados no âmbito do estágio no SUP e no Centro de Saúde, relatam os conhecimentos desenvolvidos e espelham a capacidade de resolução de problemas complexos, de desenvolver soluções e de refletir sobre as implicações éticas e sociais. Igualmente, a defesa pública irá demonstrar todo o processo de desenvolvimento de competências em ESIP e, simultaneamente, contribuirá para demonstrar a capacidade de mestre de comunicar os conhecimentos de forma clara e sucinta.

O Modelo de Desenvolvimento de Competências de Patrícia Benner (2005), defende que a competência em Enfermagem se desenvolve a partir da experiência clínica na prática conjugada com a capacidade de analisar e tomar decisões, estando tudo isto alicerçado na teoria. Neste momento, após o percurso de desenvolvimento de competências realizado, considero-me no nível competente, pois sou capaz de planear e priorizar os cuidados através de uma análise consciente, deliberada e analítica do problema e, consequentemente, produzir um plano eficiente e organizado. Não obstante, o processo de

desenvolvimento de competências não é estanque, pelo que perspetivo um longo percurso profissional como enfermeira especialista em ESIP, rico em experiências e em conhecimentos, que me permitirão desenvolver gradualmente o domínio clínico e uma visão holística das situações, rumo à perícia.

A frequência do curso de MESIP proporcionou a aquisição de ferramentas que irão permitir a aprendizagem contínua ao longo do percurso profissional, o que é fundamental para garantir a excelência dos cuidados de Enfermagem e cumprir com o compromisso da melhoria contínua dos cuidados.

CAPÍTULO II - ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM IDADE PRÉ- ESCOLAR

Atualmente, o quotidiano da sociedade é marcado pelas tecnologias digitais, como as televisões, os jogos de vídeo, os tablets e os smartphones. O desenvolvimento de ferramentas como os ecrãs táteis e a rede sem fios simplificou a utilização de tecnologias e, consequentemente, a sua integração na vida familiar (Silva, 2021). A facilidade de acesso às novas tecnologias melhorou em vários aspetos o quotidiano, nomeadamente a comunicação, o acesso à informação, a educação, a acessibilidade a serviços, entre outros (Santos et al., 2020). Assim sendo, a utilização de tecnologias é uma constante na atualidade, implicando que as crianças estejam expostas e as utilizem cada vez mais desde tenra idade.

Diariamente, observam-se crianças a usar dispositivos tecnológicos como método de aprendizagem, entretenimento e distração, de forma abusiva e sem acompanhamento de adultos. Perante esta realidade, várias questões se colocam sobre a influência desses dispositivos nas crianças.

De acordo com a Pordata (2023), 89% dos agregados domésticos em Portugal em 2023 tinham acesso à internet, o que representa um aumento considerável em relação a 2013, em que o valor era de 62,3% e, ainda mais relevante, comparativamente a 2002, em que apenas 15,1% das famílias tinham acesso à internet em casa. A nível da União Europeia, 93% dos agregados familiares têm acesso a internet no domicílio. Os dados mais recentes da Pordata (2023), demonstram que em 2017 71,5% das famílias tinha computador e que em 2022 existiam 14.906.434 telemóveis em Portugal. Um estudo realizado por Rocha e Nunes (2021), com o objetivo de conhecer a utilização dos dispositivos eletrónicos multimédia por crianças dos 0 aos 5 anos em Portugal, verificou que praticamente todas as crianças utilizam algum dispositivo eletrónico em casa e que os mais usados são a televisão e os dispositivos com ecrã tátil. Em média, as crianças passam 85 minutos do seu dia a visionar televisão, seguido dos smartphones e tablets, com um uso em média de 51 min por dia, perfazendo um total de uso de televisão e de ecrãs táteis de 153 minutos por dia. Ademais, 69.1% das crianças utilizam a tecnologia sempre na presença de um adulto e a grande maioria dos pais preocupam-se em providenciar conteúdos adequados à idade e com caráter educativo (Rocha & Nunes, 2021).

A pandemia da COVID-19 causou repetidos confinamentos e encerramentos de escolas e pré-escolas que forçaram as crianças a frequentar as aulas a partir de casa usando dispositivos digitais. Assim, esta transformação drástica aumentou significativamente o uso digital e o tempo de uso de ecrã entre crianças pequenas em todo o mundo e, assim, acelerou enormemente a digitalização das vidas das crianças (Cao & Li, 2023).

O despoletar das tecnologias da informação e comunicação tornou possíveis novas formas de acesso e distribuição do conhecimento e mudou a forma como as pessoas se relacionam. Naturalmente, associado às novas tecnologias há um leque de efeitos positivos, nomeadamente o potencial educacional no desenvolvimento infantil.

Todavia, a sua má utilização acarreta riscos para o desenvolvimento infantil. É sabido que desde o nascimento as crianças estão expostas passivamente ou ativamente a aparelhos eletrónicos e ecrãs. Apesar dos avanços tecnológicos serem importantes, compreende-se que podem tornar-se um sério problema prejudicando o desenvolvimento infantil quando utilizados inadequadamente (Santos et al., 2020).

Num mundo tão tecnológico é praticamente impossível impedir que isto não aconteça, pelo que a solução é aplicar estratégias que permitam que o uso das tecnologias tenha o mínimo de sequelas e o máximo de aspetos positivos. Neste seguimento, sabendo a importância dos avanços da tecnologia e a constância que é na vida de todos nós, é imperioso pensar sobre o impacto que as mesmas podem causar, seja ele positivo ou negativo (Santos et al., 2020).

A geração atual de crianças está imersa em um ambiente digital distinto das tecnologias utilizadas nos primeiros passos do desenvolvimento tecnológico. Aos tradicionais dispositivos tecnológicos, como os meios de comunicação televisão e rádio, juntou-se novas tecnologias que promovem, em tempo real, a interação, a socialização e o acesso rápido ao entretenimento e à informação. A principal diferença entre a tecnologia tradicional é o facto de esta ser desenvolvida externamente por uma fonte de produção estabelecida, como um canal de televisão ou um estúdio, enquanto as tecnologias digitais recentes são interativas e permitem que o usuário possa participar ativamente criando ou escolhendo o conteúdo (Chassiakos et al., 2016). Evidentemente, esta mudança de paradigma facilitou o acesso às tecnologias e, concomitantemente, aumentou e alterou o impacto que a tecnologia poderá ter nas crianças.

A primeira infância é considerada uma etapa fundamental para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral (Silva A. Q. et al., 2023). De acordo com a definição Medical Subject Headings (MESH) (National Library of Medicine, 2023), a idade pré-escolar refere-se ao intervalo dos dois aos cinco anos. Por sua vez, Whaley e Wong (1989) consideram a idade pré-escolar entre os três e os cinco anos e a OE (2010) entre os três e os seis anos. Independentemente da definição temporal, a idade pré-escolar é caracterizada pelo desenvolvimento da personalidade da criança, nomeadamente da confiança, autonomia e

iniciativa, bem como o aperfeiçoamento de competências psicossociais, cognitivas e adaptativas, importantes para a próxima etapa de desenvolvimento (Whaley e Wong, 1989).

Fazendo referência às teorias de desenvolvimento, sabe-se que de acordo com Erikson (OE, 2010), as crianças em idade pré-escolar estão numa fase onde é predominante a imaginação, a exploração do mundo físico e a socialização, tendo os adultos como modelo. A teoria de Piaget, alega que nesta fase do desenvolvimento humano, a criança encontra-se numa fase crítica do desenvolvimento cognitivo, sendo que é capaz de saber se algo está errado, mas não sabe a razão e, ainda, utiliza muitas palavras e não sabe o seu real significado (OE, 2010).

Ademais, o desenvolvimento infantil é moldado pela sociedade e cultura, bem como pelas suas transformações, pelo que as crianças se apropriam criativamente de informações dos adultos para produzir as suas próprias culturas infantis, assumindo em suas brincadeiras e condutas os papéis daqueles com os quais interagem, aprendendo e produzindo linguagens, rotinas, hábitos e costumes próprios dessas culturas. Deste modo, é imperativo atentar para o modo como as crianças, a geração que nasceu conectada, utilizam e se apropriam destas tecnologias digitais (Silva, 2021). Assim sendo, as crianças em idade pré-escolar são um importante foco de atenção para o enfermeiro especialista em ESIP.

O enfermeiro especialista em ESIP na sua prática de cuidados evidencia-se por prestar cuidados que dão resposta às necessidades específicas de cada etapa do ciclo vital em parceria com os pais e/ou família, uma vez que estes são quem melhor presta cuidados aos seus filhos, tendo um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Loureiro et al., 2021). Como tal, o enfermeiro é um mediador e promotor de uma parentalidade segura e independente, ou seja, auxiliam os pais na transição para a parentalidade. Consequentemente, ao promoverem a parentalidade estão também a contribuir para o desenvolvimento infantil saudável (Kuppens e Ceulemans, 2019). De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas – Promover o desenvolvimento infantil da criança da OE (2010), a promoção do desenvolvimento infantil é facilitada quando promovida em parceria com a família e considerando as circunstâncias de vida, idade e ritmo. Na mesma ordem de ideias, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), recomendam a implementação de estratégias promotoras, nomeadamente o apoio, o ensino, a instrução e o treino. Os enfermeiros especialistas em ESIP devem intervir junto das famílias para ensinar a correta utilização das tecnologias pelas crianças, de forma a promover o seu melhor desenvolvimento. A intervenção de Enfermagem é essencial,

através da sensibilização dos pais e cuidadores, capacitando-os a adequarem a utilização da tecnologia pelas crianças.

Estes pressupostos reforçam a relevância do presente estudo e, assim, coloca-se a seguinte questão: Qual é o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar? Com o intuito de dar resposta a esta questão, ambiciona-se identificar a produção científica relativa ao impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar através de um estudo de revisão integrativa de literatura, que se encontra em formato de artigo no Apêndice C.

2.1. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, desenvolvido com a finalidade de reunir e sintetizar estudos realizados mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado (Sousa et al., 2018a). O estudo orienta-se pelas etapas preconizadas por Sousa, Silva & Carvalho (2010) para as revisões integrativas: elaboração da pergunta norteadora, pesquisa ou amostragem na literatura, colheita de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

De forma a garantir uma pesquisa precisa e relevante, a questão de investigação norteadora do estudo é: Qual é o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar? Na estruturação desta questão, recorreu-se à estratégia PICO (Sousa et al., 2018b): população; fenómeno de interesse e contexto do estudo. Neste estudo o P são as crianças em idade pré-escolar, o I é conhecer o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil e o Co é comunidade.

A colheita de dados decorreu durante o mês de setembro de 2023 na plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers e, ainda, nas bases de dados PubMed, SCIELO e RCAAP. Com a intenção de direccionar a pesquisa, fez-se uso dos descritores MESH definidos como relevantes para o presente estudo após leitura de artigos referentes à temática: *digital technology*, *child development* e *child, preschool*, que foram aplicados na plataforma EBSCOhost e na PubMed. Na SCIELO e RCAAP aplicaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *tecnologia digital*,

desenvolvimento infantil e pré-escolar, que correspondem aos MESH em língua portuguesa. Na pesquisa em todas as bases de dados combinou-se na pesquisa avançada os três descritores MESH/DeCS anteriormente mencionados e utilizando-se o operador booleano “AND”. Construiu-se assim a frase booleana: “*((digital technology) AND (child development) AND (child, preschool))*”.

Definiram-se como critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos cinco anos (entre janeiro de 2018 e setembro de 2023), redigidos em português ou inglês, que respondem à questão de investigação e em que a população em estudo se encontrasse em idade pré-escolar. O intervalo considerado como idade pré-escolar seguiu a definição MESH, pelo que a população em estudo tem entre dois e cinco anos. Como critérios de exclusão definiu-se: texto integral não disponível gratuitamente, artigos duplicados e estudos feitos a crianças com problemas de saúde.

Procedeu-se à extração de dados relevantes através da identificação dos estudos elegíveis nas bases de dados, tendo em conta os critérios de pesquisa definidos, o objetivo e a questão de investigação. Foi realizada a análise e revisão dos artigos selecionados, por título, resumo e texto integral, tendo-se obtido a amostra final. De salientar, que a seleção e validação descrita foi realizada pela investigadora principal e validada por pares (segundo e terceiro elemento). Após a obtenção da amostra final de estudo, foram analisados os dados relevantes tendo-se procedido à análise e interpretação dos resultados.

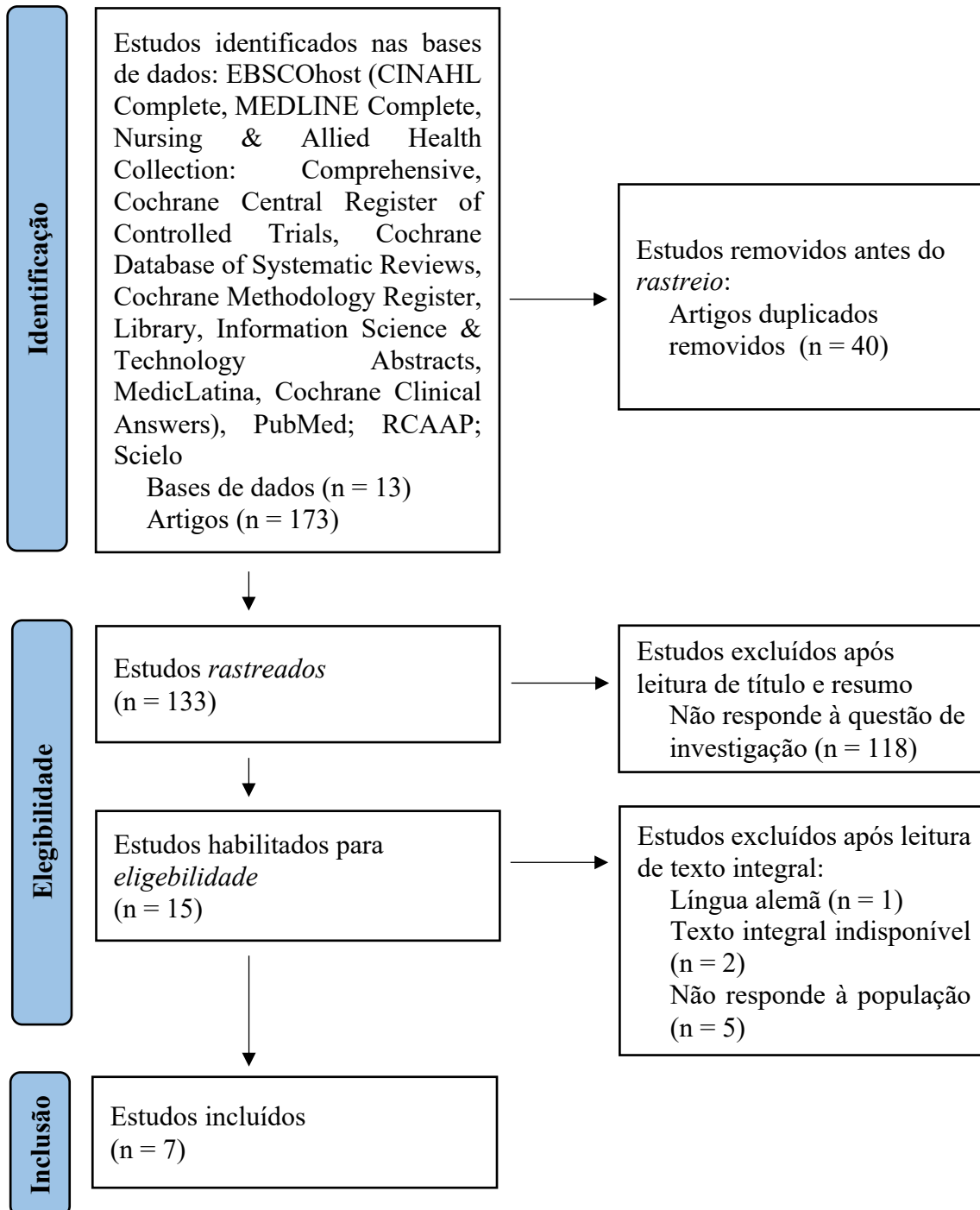
2.2. Resultados

No processo de seleção dos estudos recorreu-se ao fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1), onde se encontram documentados todos os passos até à obtenção da amostra final. A pesquisa na EBSCOhost resultou na identificação de 152 estudos, na PubMed resultou 21 estudos e no RCAAP e na SCIELO nenhum resultado.

Dos 173 estudos obtidos, 40 estudos eram duplicados (entre os 40 estudos, os 21 disponibilizados pela PubMed foram encontrados na EBSCOhost e os restantes 19 foram encontrados de forma duplicada na EBSCOhost), resultando efetivamente em 133 documentos para seleção aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Após a leitura crítica e reflexiva do título e do resumo, rastrearam-se os estudos considerando os critérios de inclusão e exclusão e, assim, excluíram-se 118 estudos que não davam resposta à questão de investigação, resultando em 15 estudos habilitados para leitura integral do artigo. Após a leitura e análise integral dos 15 estudos, excluíram-se dois que não se encontravam disponíveis em texto integral, cinco que a idade da população não ia de encontro à população

em estudo e um artigo de língua alemã. Foram incluídos no presente estudo sete estudos, conforme apresentado na Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do PRISMA 2020.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do PRISMA 2020



Os sete estudos foram submetidos a uma análise criteriosa que permitiu extrair evidência relativamente ao impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Assim, para dar resposta à questão de investigação, extraiu-se as principais conclusões dos estudos. Concebeu-se numa tabela uma síntese descritiva de cada estudo com os respetivos autores, metodologia, objetivo e principal conclusão (Apêndice D – Síntese dos estudos integrantes do estudo de revisão integrativa).

Para melhor contextualizar a análise de resultados, foi efetuado o processo de categorização da informação, conforme exposto na Tabela 1 - Categorização do impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Assim, em resposta à questão de investigação emergem duas categorias: o impacto positivo e o impacto negativo das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Em ambas as categorias estão englobados os tipos específicos de impacto.

Posto isto, após a organização dos estudos por categorias, verifica-se que todos reportam impacto negativo (100%) das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar e cerca de metade (57%) impacto positivo.

Nesta ordem de ideias, os tipos de impacto positivo verificados nos estudos são impacto na aprendizagem (42,9%) (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Straker et al., 2018), no pensamento crítico (14,3%), nas competências executivas (14,3%) (Cernigli & Cimino, 2020), na linguagem (14,3%), na brincadeira imaginativa (14,3%), na literacia (14,3%), no autocontrolo emocional (14,3%), no desenvolvimento cognitivo (14,3%) (Ponti, 2023) e nas competências digitais (14,3%) (Straker et al., 2018).

Por sua vez, quanto à categoria impacto negativo constatou-se que as tecnologias prejudicam o sono (Bozzola et al., 2018; Almuaigel et al., 2021; Ponti, 2023), o comportamento (Bozzola et al., 2018; Almuaigel et al., 2021; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023), a educação e aprendizagem, o bem-estar (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018), a destreza motora (Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), a visão (Bozzola et al., 2018; Hutton et al., 2022; Ponti, 2023), a audição (Bozzola et al., 2018), a linguagem (Bozzola et al., 2018; Hutton et al., 2022; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), a interação entre a criança e o cuidador/pais (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020), a socialização, a cognição, a atenção e concentração (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Hutton et al., 2022; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), a alimentação (Ponti, 2023), a segurança (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Straker et al., 2018), a literacia (Hutton et al., 2022) e o estado emocional e psicológico (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Istenic, Rosanda &

Gacnik, 2023; Ponti, 2023). Constatou-se ainda que, o impacto das tecnologias pode se expressar em sobrepeso ou obesidade (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), adição (Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020), sedentarismo, posturas inadequadas e desconforto físico (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020).

Assim, no geral os impactos mais relatados nos estudos foram o impacto na socialização (85,7%), na cognição (85,7%), na atenção e concentração (85,7%), no estado emocional e psicológico (71,4%) e o sobrepeso e obesidade (71,4%), os quais se inserem todos na categoria de impacto negativo.

Comum ao impacto negativo e positivo verifica-se o impacto na aprendizagem, linguagem, autocontrolo emocional e cognitivo.

Tabela 1 - Categorização do impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar

Impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar		Bozzola et al.	Straker et al.	Cernigl & Cimino	Almuaigel et al.	Hutton et al.	Istemic, Rosanda & Gacnik	Ponti
Positivo	Aprendizagem	x	x	x				
	Pensamento crítico			x				
	Competências executivas			x				
	Linguagem							x
	Brincadeira imaginativa							x
	Literacia							x
	Autocontrolo emocional							x
	Desenvolvimento cognitivo							x
	Competências digitais		x					
Negativo	Sono	x			x			x
	Comportamento	x			x		x	
	Educação/Aprendizagem	x	x					
	Bem-estar	x	x					
	Destreza motora						x	x
	Visão	x				x		x
	Audição	x						
	Linguagem	x				x	x	x
	Interação entre criança e cuidador	x		x				
	Atenção/concentração	x	x	x		x	x	x
	Alimentação							x
	Segurança	x	x	x				
	Sedentarismo	x	x	x				
	Sobrepeso/obesidade	x	x	x			x	x
	Nível físico	x	x	x				
	Cognitivo	x	x	x		x	x	x
	Emocional	x	x	x			x	x
	Socialização	x	x	x		x	x	x
	Adição		x	x				
	Literacia					x		

2.3. Discussão

Com a revisão integrativa da literatura realizada pretendeu-se identificar produção científica relativa ao impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, estes foram organizados em duas categorias (impacto positivo e negativo).

Após análise dos artigos, conclui-se que as tecnologias podem beneficiar ou maleficar o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar. Esses benefícios e malefícios expressam-se de variadas formas e cada uma delas com um tipo de incidência diferente.

Em relação ao impacto positivo, quatro dos sete artigos em estudo referem que a tecnologia é benéfica para o desenvolvimento infantil, com especial relevância do seu impacto na aprendizagem.

Segundo Bozzola et al. (2018), o uso de tecnologias, mais precisamente de vídeos e de aplicações educativas, por crianças em idade pré-escolar tem impacto positivo na aprendizagem. Identicamente, Cernigli e Cimino (2020), constataram que as aplicações educativas concebidas adequadamente podem representar uma oportunidade para a aprendizagem informal, para o desenvolvimento do pensamento crítico e de competências executivas, na adaptação escolar e para a criação de música, filmes e fotografia. Já Straker et al. (2018), concluíram que os sistemas educativos, a indústria e as políticas inovadoras promovem o uso de tecnologia digital porque representa benefícios na aprendizagem, promove competências digitais e envolvimento na ciência, tecnologia, engenharia e matemática, o que contribuiu para o aumento da produtividade. Ponti (2023), afirma que os *e-books* são úteis para estimular a linguagem, a literacia, o desenvolvimento de vocabulário e a interpretação de literatura devido ao seu design atrativo, nomeadamente por ter características como som, animação ou personalização do texto. O mesmo autor, refere que os programas de televisão de qualidade são benéficos para o desenvolvimento cognitivo, incluindo atitudes sociais e brincadeira imaginativa.

Além de todos os benefícios apresentados, Ponti (2023) apurou que a visualização de ecrãs/uso de tecnologias é útil na distração de uma criança que esteja agitada (por exemplo: procedimento médico) ou para ajudar numa longa espera. Além disto, quando usados apropriadamente os dispositivos móveis podem providenciar oportunidades para interação que envolvem estimulação de memória, planeamento, autocontrolo e aprendizagem de atitudes antiviolença, empatia, tolerância e respeito.

Contudo, o efeito positivo é sempre dependente de determinadas condições. Assim, para que se verifique os efeitos positivos mencionados é imprescindível que as crianças utilizem as tecnologias na presença e em interação com os pais, educadores ou cuidadores (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023) e que o conteúdo seja interativo (Cernigli & Cimino, 2020), bem desenhado/estruturado (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023) e adaptado à etapa de desenvolvimento e à idade (Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023).

A aprendizagem foi o impacto positivo mais referenciado, contudo Ponti (2023) aponta que as crianças em idade pré-escolar aprendem linguagem expressiva e vocabulário mais facilmente através da vida diária, do contacto pessoal direto e da interação dinâmica com os seus cuidadores.

Corroborando desta opinião, Cernigli e Cimino (2020) defendem que a evidência existente não comprova a eficácia das aplicações a nível educativo, pelo contrário, que dificulta a interação face a face com adultos e com os pares, porque os dispositivos tendem a ser utilizados isoladamente. Isto pode comprometer competências como a empatia e a autorregulação. Sendo assim, é quase impossível expor as crianças a aplicações de elevada qualidade educacional, uma vez que a maioria das aplicações não foram desenhadas para serem educacionais. Os mesmos autores acrescentam, que a maioria das aplicações usadas como educacionais não o são e foram criadas para entreter as crianças com sons, imagens e efeitos, ou seja, funcionam como método de distração/entretenimento em vez de educativo (Cernigli & Cimino, 2020).

Na mesma linha de pensamento, Bozzola et al. (2018) concluíram que as crianças são capazes de aprender através de vídeos quando os seus cuidadores adicionam informação verbal e não-verbal e que os telemóveis podem reforçar o aprendido na escola, nomeadamente através do uso de aplicações educacionais. Porém, a maioria das aplicações não estão desenhadas para serem usadas simultaneamente pelos pais e pelas crianças.

Tendo em conta os condicionantes do uso das tecnologias, Ponti (2023) sugere o *exergaming* como uma estratégia promotora de brincadeira digital de forma interativa e que encoraja a atividade física e, conseqüentemente, o desenvolvimento de competências de mobilidade, físicas, mentais e académicas.

Relativamente ao impacto negativo, todos os estudos documentam vários tipos de malefícios para o desenvolvimento infantil, os quais se irá referir de seguida.

Um dos impactos mais relatados na evidência científica ocorre a nível cognitivo. De acordo com Cernigli & Cimino (2020), Istenic, Rosanda e Gacnik (2023) e Ponti (2023),

as crianças com menos de cinco anos devem ser expostas ao mínimo às tecnologias devido aos efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo. Segundo Bozzola et al. (2018), rácios altos de visualização de ecrãs estão relacionados com diminuição das capacidades matemáticas, de resolução de problemas e execução de tarefas, uma vez que as crianças necessitam de interação direta com os materiais e pessoas para desenvolverem o pensamento. Na mesma linha de pensamento, Cernigli e Cimino (2020) e Straker et al. (2018), acrescentam dificuldade na resolução de problemas e na execução de tarefas e diminuição da criatividade. Ponti (2023), exemplifica a exposição à televisão ligada como som de fundo como uma condição negativa para o desenvolvimento cognitivo, pois diminui a interação e compromete o desenvolvimento das competências funcionais executivas fundamentais, de linguagem e de leitura.

Estreitamente relacionados com a cognição está a linguagem, a educação e a aprendizagem, que igualmente constituem impactos negativos do uso inadequado da tecnologia. Este facto é corroborado por Bozzola et al. (2018), Straker et al. (2018) e Istenic, Rosanda e Gacnik (2023), que afirmam que as crianças precisam de interação direta com os materiais e com os pais de modo a desenvolverem o pensamento, a linguagem e a capacidade de resolução de problemas. Istenic, Rosanda e Gacnik (2023), aferem que a comunicação com quantidade e qualidade entre o adulto e a criança é essencial para um desenvolvimento da linguagem com bons resultados.

Bozzola et al. (2018) e Hutton et al. (2022), relatam alterações no desenvolvimento cerebral advindas do uso inadequado da tecnologia. Esta conclusão está explícita no estudo levado a cargo por Hutton et al. (2022) a um grupo de crianças em idade escolar onde foi implementado um teste cognitivo - ScreenQ e realizado uma ressonância magnética cerebral ao grupo em estudo. Ao analisar todo o cérebro, verificou-se que scores mais elevados de ScreenQ, ou seja, elevado uso de tecnologia, estão associados com menor espessura do córtex e menor profundidade sulcal em áreas do cérebro que são responsáveis pelo processamento visual primário e processamento de tarefas prioritárias como a atenção, a codificação de memória complexa, o reconhecimento de letras e a cognição social. Assim, elevado uso de tecnologia digital por crianças em idade pré-escolar está associado a habilidades cognitivas menores e piores competências de linguagem e de literacia (Hutton et al., 2022).

A par com o impacto na cognição, o impacto na atenção e concentração é uma das consequências negativas mais vezes descritas nos estudos em análise. A diminuição de atenção surge associado ao uso de dispositivos (Bozzola et al., 2018), ao excesso de

visualização de ecrãs (Bozzola et al., 2018; Ponti, 2023), a aplicações mal desenhadas ou focadas no entretenimento (Cernigli & Cimino, 2020) e à tecnoferência (Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023). A tecnoferência, nomeadamente a televisão estar ligada em plano de fundo, interfere na capacidade das crianças se focarem na tarefa que estão a realizar, pois distraem-se com o conteúdo transmitido ou com os sons emitidos pela televisão (Ponti, 2023).

Identicamente, a socialização é referida em seis dos sete artigos em estudo como um dos aspetos afetados pelo uso de tecnologias pelas crianças em idade pré-escolar. A socialização é afetada pela utilização de dispositivos na medida em que a interação adequada entre as crianças e os seus cuidadores e pares diminui ou sofre interferências tecnológicas (Bozzola et al., 2018; Ponti, 2023; Istenic, Rosanda e Gacnik, 2023). Além disto, a elevada exposição a TV de fundo diminui a interação entre os pais e as crianças e distrai as crianças das brincadeiras (Ponti, 2023). Istenic, Rosanda e Gacnik (2023), no seu estudo, concluíram que brincar com brinquedos tradicionais promove maior interação pais-criança, nomeadamente mais comunicação.

Associado ao uso de tecnologias surge o compromisso da segurança, mais especificamente, a exposição a conteúdo inapropriado e a publicidade. Além disto, as crianças correm o risco de *cyber bulliying*, pedofilia e comportamentos predatórios (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Straker et al., 2018).

Na mesma linha de pensamento, as implicações da tecnologia no estado emocional e psicológico podem tomar diferentes formas, nomeadamente através de alteração do humor, depressão (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020), ansiedade (Cernigli & Cimino, 2020), adição (Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020) e problemas de autorregulação de emoções (Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023). Segundo Cernigli e Cimino (2020), a hiperestimulação provocada pelo uso dos ecrãs interativos faz com o que o sistema nervoso se desregule, desorganize e *stress*. Apesar da tecnologia poder ser benéfica para distrair ou acalmar as crianças, o seu uso rotineiro pode impedir o desenvolvimento de estratégias tranquilizantes e levar à dependência de ecrãs para regular as emoções (Ponti, 2023).

Verificou-se que a utilização prolongada de dispositivos eletrónicos leva ao sedentarismo e, conseqüentemente, ao sobrepeso e obesidade (Straker et al., 2018; Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023). Ademais, Ponti (2023) afirma que o uso de telemóveis durante as refeições diminui a possibilidade dos pais estimularem as crianças a experimentarem novos alimentos.

Almuaigel et al. (2021), num estudo realizado a crianças em idades pré-escolar com o intuito de compreender o impacto do uso de dispositivos digitais no comportamento e no sono, relatam evidência da tecnologia causar impacto negativo na qualidade do sono e no padrão comportamental das crianças em idade pré-escolar. O tempo de uso, o tipo de conteúdo visualizado e de dispositivo e algumas variáveis demográficas dos pais alteram o impacto.

Os distúrbios no sono manifestam-se como dificuldade em adormecer e manter o sono, distúrbio respiratório durante o sono, distúrbio de arousal (ativação cognitiva), distúrbio de transição dormir-acordar, distúrbio de sonolência excessiva e hiperidrose durante o sono. Na sua origem está o aumento da excitação psicofisiológica causada pelo conteúdo assistido e pela exposição à luz brilhante dos ecrãs e consequente diminuição da produção e disponibilidade da hormona melatonina (Almuaigel et al., 2021; Bozzola et al., 2018). Bozzola et al. (2018) acrescentam, que a radiação eletromagnética libertada pelos dispositivos também poderá interferir.

Mais especificamente, crianças que usam os dispositivos eletrónicos por menos de uma hora têm menos efeitos negativos no sono do que as que usam por duas a três horas ou mais (Almuaigel et al., 2021; Bozzola et al., 2018). A exposição prolongada aumenta o tempo de adormecer, especialmente em crianças que usam vários dispositivos ao mesmo tempo comparativamente com as que usam apenas um (Bozzola et al., 2018).

Em relação ao tipo de conteúdo, crianças que mais frequentemente veem filmes têm mais distúrbios respiratórios no sono do que aquelas que veem desenhos animados/jogos. A posse de um dispositivo eletrónico e a utilização tablets está associado com maiores níveis de distúrbios de sono (Almuaigel et al., 2021).

No que toca às variáveis demográficas, o desemprego ou longos horários de trabalho/estudo por parte das mães têm um significado significativamente negativo no sono. Por sua vez, as crianças integradas numa família com maior rendimento apresentam menos distúrbios de sonolência excessiva (Almuaigel et al., 2021).

Na mesma linha de pensamento, Bozzola et al. (2018) referem que a presença de televisão no quarto das crianças está associada a redução da qualidade do sono, terrores noturnos, pesadelos e falar enquanto dormem.

Ainda Ponti (2023), apontou alterações no sono como uma das consequências das tecnologias, mais especificamente, maior resistência ao sono e sono noturno menor, isto é, sono diurno maior e hora de dormir tardia.

A alteração de comportamento é outro impacto advindo do uso de dispositivos eletrónicos relatado nos estudos de Bozzola et al. (2018), Almuaigel et al. (2021) e Istenic, Rosanda & Gacnik, (2023), sendo que uma dessas alterações é o comportamento agressivo (Bozzola et al., 2018).

Almuaigel et al. (2021), verificaram que as crianças expostas a tecnologias por menos de uma hora têm menos efeitos negativos no sono das que usam por três a cinco horas. Tal como ocorre com o sono, a posse de um dispositivo, usar um tablet e ver filmes está associado com impacto negativo. O nível de educação dos pais (figura masculina) baixo, famílias com rendimentos altos e pais (figura masculina) que trabalham ou estudam por muitas horas estão associadas a *scores* negativos de comportamento (Almuaigel et al., 2021).

A nível físico, as tecnologias podem afetar a visão, a audição e a destreza motora e provocar desconforto físico. Em relação à visão, o uso contínuo e excessivo a uma distância pequena entre a face e o ecrã pode causar doença do olho seco, fadiga ocular, irritação, olho penetrante, exotropia (Bozzola et al., 2018) e miopia (Ponti, 2023). Por sua vez, a audição poderá ser afetada aquando de uma exposição precoce e prolongada dos tímpanos a intensos níveis de som (Bozzola et al., 2018). Istenic, Rosanda & Gacnik (2023), verificaram no seu estudo que as brincadeiras com brinquedos tecnológicos estão associadas a menos capacidades motoras. Identicamente, Ponti (2023) aferiu que a tecnologia provoca alterações na performance de competências motoras. Assim, a adoção de posturas inadequadas e os movimentos limitados e repetitivos durante o uso de dispositivos tecnológicos condiciona o aparecimento de desconforto físico e compromete o desenvolvimento físico (Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020).

Por fim, surge o bem-estar que por definição é a conjugação de atributos psicológicos, sociais e comportamentais (Bozzola et al., 2018), pelo que o uso inadequado das tecnologias pelas crianças em idade pré-escolar pode interferir no seu bem-estar educativo, cognitivo, social e físico (Straker et al., 2018).

2.4. Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que as tecnologias têm impacto negativo e positivo no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, sendo o impacto negativo evidenciado na totalidade dos artigos analisados e o positivo em 57% dos estudos. As consequências são mais evidentes na socialização (85,7%), na cognição (85,7%), na atenção e concentração (85,7%), no estado emocional e psicológico (71,4%) e no risco de sobrepeso e obesidade (71,4%).

Contudo, alguns estudos revelam que as tecnologias têm impacto positivo no desenvolvimento dependendo da qualidade do conteúdo, da interação e da adequação das mesmas à etapa do desenvolvimento que a criança encontra. Esse impacto verifica-se com maior relevância na aprendizagem, pois 42,9% dos estudos o comprovam. Porém, não é garantido que o uso de tecnologias, mediante as condições apresentadas, seja uma estratégia com maior benefício para o desenvolvimento da criança do que a inexistência de tecnologias.

Atualmente, a tecnologia faz parte do quotidiano e é inevitável o contacto das crianças com dispositivos tecnológicos. Assim sendo, é fundamental que o Enfermeiro Especialista em ESIP conheça o impacto das tecnologias, informe os pais, educadores e comunidade sobre os mesmos e sensibilize-os sobre as estratégias adequadas à sua utilização para o benefício maior da criança.

Constitui uma limitação deste estudo, a ausência de estudos que abordem a realidade portuguesa, comprometendo a compreensão deste fenómeno a nível nacional, pelo que se sugere a realização de estudos que analisem a realidade desta problemática em contexto nacional.

CAPÍTULO III - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Através da revisão integrativa da literatura, concluiu-se que o uso excessivo de tecnologias representa um impacto negativo no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Tendo em consideração que as tecnologias são parte integrante do quotidiano das crianças, é fundamental que o enfermeiro especialista em ESIP intervenha através de estratégias de sensibilização junto das famílias, educadores/professores e da comunidade, de modo a unificar a sua correta utilização pelas crianças e, assim, promover um desenvolvimento saudável.

Os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro especialista em ESIP, devem investir na sua formação, aperfeiçoando competências teóricas e práticas de modo a avaliar e intervir de forma adequada. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (Regulamento n.º 422/2018), o enfermeiro especialista em ESIP assiste a criança, jovem com a família na maximização da sua saúde, nomeadamente através da implementação de um plano de saúde promotor da parentalidade e impulsionador de comportamentos potenciadores de saúde. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), definem que o enfermeiro especialista em ESIP cria oportunidades para trabalhar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde e implementa estratégias promotoras do bem-estar.

Posto isto, é foco de interesse do enfermeiro especialista em ESIP o delineamento de uma proposta de intervenção. Neste sentido, a minha proposta de intervenção passa por transmitir aos pais e educadores de crianças em idade pré-escolar o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil dos seus filhos com base nas conclusões da revisão integrativa. Complementarmente, pretendo orientar os pais sobre as recomendações para o uso correto das tecnologias pelas crianças em idade pré-escolar. Assim sendo, proponho a realização de um projeto a ser implementado nas escolas com ensino pré-escolar abrangendo os professores, pais e crianças em idade pré-escolar. Este projeto engloba as seguintes atividades:

- Realização de um plano de atividades para ser entregue nas escolas com ensino pré-escolar com o intuito de dar a conhecer os objetivos e as atividades;
- Realização de uma reunião com os professores de crianças em idade pré-escolar para discussão e partilha de conhecimentos sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil e as estratégias utilizadas;
- Realização de sessões de sensibilização aos pais sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil e sobre as recomendações sobre o uso correto das mesmas. O

planeamento desta sessão está descrito na Tabela 2 – Planeamento da sessão de educação sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil.

- Distribuição de um panfleto informativo aos pais sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar e sobre as recomendações do seu uso correto por crianças em idade pré-escolar.

Tabela 2 - Planeamento da sessão de educação sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil

Objetivos	População	Metodologia	Recursos
Informar os pais sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.	Pais de crianças em idade pré-escolar.	Expositiva	- Sala de aulas da pré-escola; - Computador; - Projetor audiovisual.
Orientar sobre as recomendações sobre o uso correto das tecnologias.			
Conteúdos			
- Impacto positivo e negativo das tecnologias no desenvolvimento infantil: • Negativo: socialização, cognição, atenção e concentração; • Positivo: aprendizagem e educação. - Recomendações sobre o uso de tecnologias (American Academy of Pediatrics, 2020): • Colocar limites na duração do uso da tecnologia (1h por dia) e no conteúdo visualizado (dar preferência a conteúdo de qualidade e educativo); • Os pais devem estar presentes e envolver-se/co utilização; • Incentivar tempo com a família e proativa entre pais e crianças; • Incentivar atividades que não envolvam tecnologias (exemplo: brincar); • Monitorização parental; • Não devem ser utilizados dispositivos digitais durante as refeições e 1h antes de dormir; • Usar apenas na presença de adultos; • As aplicações educacionais devem promover interatividade; • Desligar ecrãs quando não estão a ser usados.			

Além das atividades a serem implementadas nas escolas com ensino pré-escolar, ambiciona-se a expansão do projeto às consultas de Enfermagem de vigilância infantojuvenil realizadas nos Centros de Saúde. Neste sentido, as atividades a serem implementados pelos enfermeiros especialistas em ESIP, bem como por todos os enfermeiros que prestam cuidados a crianças em idade pré-escolar são:

- Orientar os pais das crianças em idade pré-escolar sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil e sobre o uso correto das mesmas.

- Promover a atividade física, por exemplo através da frequência de atividades extracurriculares que sejam do interesse pessoal da criança, e a brincadeira com brinquedos tradicionais, pois constituem atividades promotoras do desenvolvimento infantil e que distanciam a criança do uso de tecnologias. invadir

- Distribuição do panfleto sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.

Salienta-se a necessidade da uniformização da informação transmitida pelos enfermeiros nos vários Centros de Saúde às crianças e famílias. Para que isto seja garantido, pretendo realizar uma reunião com os colegas com o intuito de transmitir as conclusões do estudo de revisão integrativa realizado e as recomendações sobre o uso correto da tecnologia pelas crianças em idade pré-escolar.

As estratégias até aqui propostas são passíveis de produzir efeitos positivos no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar e, assim, contribuem para uma sociedade mais saudável e preparada para um mundo cada vez mais tecnológico.

Apesar da proposta descrita se dirigir especificamente à população com idade pré-escolar, pode ser ampliada a outras faixas etárias dentro da idade pediátrica. Para tal, é importante considerar as respetivas diferenças que a idade e a fase de desenvolvimento implicam na relação com as tecnologias

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório final de estágio intitulado “Desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar” ilustra o meu percurso no curso de MESIP. Alicerçado numa metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, demonstra o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre em ESIP durante os ensinamentos clínicos e integra um estudo de revisão integrativa sobre um tema de interesse e que dá resposta à questão de investigação “Qual é o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar?”.

Neste âmbito, todos os objetivos a que me propus foram atingidos. No que se refere ao objetivo de realizar uma análise crítico-reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre em ESIP durante os estágios, alcançou-se através da explanação do meu percurso de aprendizagem. Para tal descrevi as situações experienciadas e confrontei a minha intervenção face à situação com os referenciais teóricos, evidência científica, teorias e modelos de Enfermagem e princípios éticos e deontológicos do exercício profissional. Este processo de análise do meu desempenho fomentou o autoconhecimento e o desenvolvimento do raciocínio crítico-reflexivo e de tomada de decisão. Creio que o relato das competências adquiridas revela a qualidade dos cuidados prestados, que só foi possível pelo dever profissional e desejo pessoal de compromisso pela melhoria contínua e pela procura da excelência dos cuidados. A aquisição e desenvolvimento das competências desenrolou-se de forma progressiva e dinâmica, resultante das necessidades de aprendizagem sentidas nos contextos de prática e das experiências vivenciadas. O relato do desenvolvimento de competências permitiu desenvolver competências de mestre, uma vez que apela à capacidade metodológica, crítica e reflexiva.

Naturalmente, as práticas clínicas proporcionaram-me a consciencialização dos desafios diários dos enfermeiros especialistas em ESIP, o que contribuiu não só para o desenvolvimento profissional, como pessoal. As várias situações clínicas vivenciadas a par com as características de cada criança, jovem e família promoveram a aplicação de conhecimentos teóricos na prática, o que envolveu capacidade de adaptação. Nas diversas situações procurei trabalhar em parceria com as crianças, jovens e família de modo a apoiar nas transições que estavam a vivenciar.

Relativamente ao segundo objetivo, o qual ambicionava conhecer o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, a realização do estudo de revisão integrativa permitiu responder à questão de investigação. O estudo levado a cabo concluiu que a tecnologia pode representar implicações positivas e negativas no desenvolvimento infantil das crianças em idade pré-escolar, sendo que as negativas têm maior peso. Mais especificamente, aferiu que o principal efeito positivo das tecnologias no desenvolvimento infantil é a nível da educação e que este está dependente da qualidade do conteúdo, da interação e da adequação das tecnologias à etapa do desenvolvimento que a criança encontra. Por sua vez, o impacto negativo predominante é na socialização, cognição, atenção e concentração.

As conclusões do estudo de revisão integrativa constituíram um importante contributo para a orientação da prática de Enfermagem baseada em evidência científica no âmbito do desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, pelo que me possibilitou alcançar o último objetivo do presente relatório. Assim sendo, elaborei uma proposta de intervenção passível de ser colocada em prática pelo enfermeiro especialista em ESIP. Esta proposta de intervenção primazia a maximização da saúde através de atividades de promoção da saúde junto dos principais cuidadores e responsáveis pelo desenvolvimento das crianças – os pais.

Além dos objetivos pessoais supramencionados, a frequência do curso de MESIP permitiu adquirir e aplicar competências essenciais para a prática de cuidados especializados em ESIP. Desde as unidades curriculares teóricas e teórico-prática até aos ensinamentos clínicos, desenvolvi os conhecimentos e habilidades propostos pelas mesmas, tendo assim desenvolvido as competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista em ESIP. Os ensinamentos clínicos foram especialmente importantes, pois fomentaram o desenvolvimento de conhecimentos teóricos dirigidos às situações reais. Concomitantemente, permitiam que esses conhecimentos fossem colocados em prática às crianças, jovens e famílias, havendo uma adequação baseada na negociação e vontade dos mesmos. Assim, considero-me preparada para prestar cuidados de Enfermagem às crianças, jovens e família nos diferentes contextos clínicos e níveis de cuidados, não dispensando a necessidade de continuar o desenvolvimento de conhecimentos.

O meu percurso no curso de MESIP culminou com a elaboração do presente relatório, o qual dá resposta aos requisitos da Unidade Curricular: Módulo IV – Relatório. Identicamente, a elaboração do estudo de revisão integrativa permitiu desenvolver e aprofundar conhecimentos em investigação, competência especificamente associada ao título de mestre.

Evidentemente, não posso deixar de mencionar a arduidade implícita neste percurso. Além da difícil gestão de tempo para articular a componente teórica e a componente prática deste curso de MESIP com a vida profissional e pessoal, o facto da minha experiência profissional ser com adultos constituiu uma dificuldade na medida em que tive de me adaptar a um contexto de cuidados completamente diferente e novo. Não obstante, estas vicissitudes foram superadas pela capacidade de resiliência e pela acentuada motivação pessoal, que considero ter guiado a minha conduta desde o ingresso neste curso.

O curso de MESIP constitui o alicerce e o início do meu percurso profissional enquanto enfermeira especialista e mestre em ESIP na procura permanente pela qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem. A mestria desenvolve-se continuamente ao longo do trajeto profissional, o qual se quer refletido e proativo, procurando a aprendizagem e desenvolvimento ao longo da vida profissional. Neste processo, regido pelo compromisso pela ética e deontologia profissional, desenvolvem-se habilidades e atributos, como a capacidade de decidir, o conhecimento teórico, o pensamento crítico, a comunicação.

Dada por concluída esta etapa do meu percurso profissional, apraz-me afirmar que, após esta excelente experiência, houve indubitavelmente, uma transição marcante de enfermeira de cuidados gerais a futura enfermeira especialista e mestre em ESIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E., Zocche, D. & Almeida, M. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals [Special issue]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
- Almuaigel, D., Alanazi, A., Almuaigel, M., Alshamrani, F., AlSheikh, M., Almuhana, N., Zeeshan, M., Alshurem, M., Alshammari, A. & Mansi, K. (2021). Impact of Technology Use on Behavior and Sleep Scores in Preschool Children in Saudi Arabia. *Front. Psychiatry, Sec. Child and Adolescent Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.649095>
- Amaral, G. & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). *Relatório de avaliação: 30 anos de segurança infantil em Portugal 2022*. Obtido em https://apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Batista, M. (2019). *Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu). Instituto Politécnico de Viseu . https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5481/3/MariaIreneGomesBatista_D M.pdf
- Bellman, M., Lingam, M., & Aukett, A. (2003). *Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Manual do utilizador* (1ª ed.). CEGOC. (traduzido de SGS II – Schedule of Growing Skills II (User's guide), 1996, Londres: The nfernelson Publishing Company Ltd)
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora
- Bozzola, E., Spina, G., Ruggiero, M., Memo, L., Agostiniani, R., Bozzola, M., Corsello, G. & Villani, A. (2018). Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric Society. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(69). <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0508-7>

- Campinha-Bacote, J. (2019). Cultural Competemility: A Paradigm Shift in the Cultural Competence versus Cultural Humility Debate - Part I. *Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>
- Cao, S.; Li, H. (2023). A Scoping Review of Digital Well-Being in Early Childhood: Definitions, Measurements, Contributors, and Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043510>
- Carvalho, J. (2020). *Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria* (Dissertação para obtenção de Mestre em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública). <https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Carvalho.pdf>
- Cerniglia, L. & Cimino, S. (2020). A Reflection on Controversial Literature on Screen Time and Educational Apps Use in 0–5 Years Old Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph17134641>
- Charepe, Z. (2020). Cuidar da Criança, Jovem e Família em Situações Especiais - A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante. In Ramos, A. & Barbierie-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 231 – 237). Lidel
- Chassiakos, Y. L. R., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. A., Cross, C., & COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA (2016). Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>
- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (1986). *A Promoção da Saúde – A Carta de Ottawa*. Disponível em <https://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude/152-carta-de-ottawa>
- Constituição da República Portuguesa. **Diário da República** I Série. 86 (10-04-1976) 1-97. [Consult. 08-01-2024]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-43894075>
- Costa, A. R. & Almeida, F. (2021). Perder um filho em idade pediátrica: estudo qualitativo do apoio ao luto parental. *Rev Port Med Geral Fam*, 37, 516-533. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i6.12868>

- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1578-1587. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510/1467>
- Craig, J., Glick, C., Phillips, R., Hall, S., Smith, J. & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 35 Suppl 1(Suppl 1), S5–S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>
- Cruz, M. C. O. C. (2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais* (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Saúde de Viseu). <http://hdl.handle.net/10400.19/5490>
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I Série-A. 205 (04-09-1996) 2959-2962. [Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei n.º 59/07. **Diário da República** I Série. 170 (04-09-2007) 6181-6258. [Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/09/17000/0618106258.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 17-01-2024]. WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Decreto Regulamentar n.º 14/2012. **Diário da República** I Série. 19 (26-01-2012) 480-482. [Consult. 17-02-2024]. WWW: <https://files.dre.pt/1s/2012/01/01900/0048000482.pdf>
- Despacho n.º 8286-A/2014. **Diário da República** II Série. 120 (25-06-2014) 16528. [Consult. 19-02-2024]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2014/06/120000001/0000200002.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. 28 (10-02-2015) 3882 (2)- 3882 (10). [Consult. 22-01-2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** Série II. 102 (27-05-2015) 13550-13553. [Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

Despacho nº 1250/2020. **Diário da República** II Série 102 (28-01-2020) 125-127 [Consult. 26-01-2024]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1250-2020-128571977>

Diogo, P. M. J. (2009). *Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica* (Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Instituto de Ciências da Saúde. https://www.researchgate.net/publication/259382793_Metamorfose_da_experiencia_emocional_no_acto_de_cuidar_o_processo_de_uso_terapeutico_das_emocoes_em_enfermagem_pediatica_Metamorphosis_of_emotional_experience_in_the_act_of_caring_the_process_of_ther

Diogo, P. M. J., Freitas, B. H. B. M., Costa, A. I. L., Gaíva, M. A. M. (2021). Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>

Donabedian A. (1990). The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 114(11):1115-1118. 2241519.

Esteban-Sepúlveda, S., Sesé-Abad, A., Lacueva-Pérez, L., Domingo-Pozo, M., Alonso-Fernandez, S., Aquilue-Ballarín, M., Barcelo-Martinez, A. I., Critobal-Dominguez, E., Bujalance-Hoyos, J., Dossantos-Sanchez, C., Pascual-Pascual, M., Garcia-Arteaga, E., Galisteo-Gimenez, M., Mas-Dalmau, G., Heredia-Reina, M., Roca-Martí, S., Perez-Riart, M., Alnornos-Muñoz, L., Gonzalez-Maria, E. & Fernández-Domínguez, J. C. (2021). Impact of the implementation of best practice guidelines on nurse's evidence-based practice and on nurses' work environment: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 77 (1), 448-460. 10.1111/jan.14598

Farias, M. S., Brito, L. L. M. S., Santos, A. S., Guedes, M. V. C., Silva, L. F. & Chaves, E. M. C. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 23. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190081>

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em Pediatria. In Ramos, A. & Barbierie-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 39 – 56). Lidel

Fernandes, I. & Andrade, L. (2020). Apreciação em Enfermagem da criança e do jovem – Nas consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. In

- Ramos, A. & Barbierie-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 86 – 94). Lidel
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (2019). *Convenção sobre os Direitos das Crianças e protocolos facultativos*. Disponível em https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Hutton, J. S., Dudley, J., DeWitt, T. & Horowitzs-Kraus, T. (2022). Associations between digital media use and brain surface structural measures in preschool-aged children. *Scientific Reports*, 12(19095). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-20922-0>
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª ed.). Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- International Council of Nurses. (2011). *Nurses and human rights*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10_Nurses_Human_Rights%281%29.pdf
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 2019*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2024). *Nursing definitions*. <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>
- Istemic, A., Rosanda, V., Gacnik, M. (2023). Surveying Parents of Preschool Children about Digital and Analogue Play and Parent–Child Interaction. *Children*, 10(251). <https://doi.org/10.3390/children10020251>
- Janeiro, A. (2020). *Obesidade Infantil: a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33191/1/BCTFC60.pdf>

- Kuppens, S. & Ceulemans, E. (2019). Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 168–181.
<https://doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x>
- Lacerda, A. (Coord.) (2015). *Carta dos Direitos da Criança em Fim de Vida – A carta de TRIESTE*. Disponível em <http://criancaefamilia.spp.pt/media/139637/CartadeTriestre.pdf>
- Lei n.º 147/1999. **Diário da República** I Série. 204 (01-09-1999) 6115-6132. [Consult. 06-02-2024]. Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/09/204a00/61156132.pdf>
- Lei n.º 15/2014. **Diário da República** I Série. 57 (21-03-2014) 2127-2131. [Consult. 17-01-2024]. WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult. 06-01-2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lima, I. M. P. A. (2018). *Promover a Parentalidade Positiva – O Triple P em Portugal*. In VI Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho, Universidade do Porto, Porto.
- Loureiro, F., Antunes, A. & Charepe, Z. (2021). Theoretical Nursing Conceptions in Hospitalized Child Care: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Batalha, L. M. C. & Mendes, V. M. P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 7-17. 10.12707/RIII12101
- Machado, M. & Soares, M. (2019). *Qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação numa UCIM: um caminho a percorrer* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2282/1/Miguel_Machado.pdf

- Martins, L. & Ramos, S. (2020). Cuidar da Criança, Jovem e Família em Situações Especiais - A Criança e o Jovem em Fim de Vida. In Ramos, A. & Barbierie-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 282 – 292). Lidel
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Orientação nº 014/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. 2010a. Disponível em WWW: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes**. 2010b. Disponível em WWW: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. 2013. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde – **Manual acreditação de unidades de saúde (2ª ed.)**. 2014a. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde – **Programa nacional de acreditação em saúde**. 2014b. Lisboa: Author. Disponível em WWW: https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao-_brochura-_modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 016/2012: Diagnóstico e tratamento da bronquiolite aguda em idade pediátrica**. 2015. Disponível em WWW: <https://www.sip-spp.pt/media/wz4jlao5/bronquiolite-aguda-2015-dgs.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar 2015**. 2015. Disponível em WWW: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Saúde Infantil e Juvenil – Portugal**

2018. 2018. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1007690-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 002/2018 - Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.** 2018. Disponível em WWW: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação Para Profissionais e Educadores.** 2019. Disponível em WWW: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Programa nacional de Vacinação 2020.** 2020. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2030.** 2023. Disponível em WWW: <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>

Monteiro, A. j. & Cerqueira, C. (2020). Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 25 – 38). Lidel

Moura, Z. S. C., Matozinhos, F. P., Araújo, L. A., Oliveira, A. S. C., & Silva, T. P. R. (2021). Amamentação como protocolo de alívio da dor no momento da vacinação em recém-nascidos. *Research, Society and Development*, 10(3). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13550>

National Library of Medicine (2023). *MESH*. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=pre-school>

Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: fundamentos e horizontes*. Lusociência.

Nunes, L. (2020). Ética no cuidado à criança, jovem e família. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 65 – 79). Lidel

Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P. & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *Revista INFAD De Psicologia*.

- International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 143–158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Oliveira, M. (2016). Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. *Pensar Enfermagem*, 20(1). <http://hdl.handle.net/10400.26/23735>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia orientador de boa prática – Volume I*. Disponível em https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (vol. 2). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (vol. 3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcricao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer nº 19/2019: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Disponível em
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de sa.de: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pádua, A., Silva, J. & Contreiras, S. (2020). A Criança e o Jovem Vítimas de Maus-tratos. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 273 – 281). Lidel
- Paixão, S. M. B. (2018). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Necessidades formativas, coping e perceção de esperança dos profissionais de saúde* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu).
<http://hdl.handle.net/10400.19/5044>
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, R. P. G. (2020). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In Molin, R. S. (Ed.). *Teoria e prática de enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (1ªed.) (pp. 15 – 35). Editora Científica Digital. <https://dx.doi.org/10.37885/210303903>
- Peres, M. A. A., Aperibense, P. G. G. S., Dios-Aguado, M. M., Gómez-Cantarino, S. & Queirós, J. P. (2021). The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of Knowledge [Special issue]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228>
- Pol-Castañeda, S., Rodríguez-Calero, M., Zaforteza-Lallemand, C., Villafáfila.Gomila, C., Blanco.Mavillard, I., Ferrer-Cruz, F. & Pedro-Gómez, J. (2020). Moving evidence into practice by advanced practice nurses in the hospitalization wards: protocol for a multicentre quasi-experimental study in three hospitals in Spain. *International*

- Journal of Environmental Researc and public health*, 17(10), 1660-4601.
10.3390/ijerph17103473
- Ponti, M. (2023). Screen time and preschool children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & Child Health*, 28(3), 184-192.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxac125>
- Pordata (2023). *Agregados Domésticos Privados com Computador, com Ligação à Internet e com Ligação à Internet Através de Banda Larga (%)*.
[https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+com+computador++com+ligação+à+Internet+e+com+ligação+à+Internet+através+de+banda+larga+\(percentagem\)-1158](https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+com+computador++com+ligação+à+Internet+e+com+ligação+à+Internet+através+de+banda+larga+(percentagem)-1158)
- Portaria n.º 159/2012. **Diário da República** I Série 99 (22-05-2012). 2672-2674. [Consult. 26-01-2024] Disponível em WWW: <
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/05/09900/0267202674.pdf>>
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados – revisión scoping. *Enfermería Global*, 21(2), 594–637.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Ramos, M. M. (2017). *Autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência*. (Tese para obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Faculdade de Psicologia). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/32861>
- Ramos, A. L. (2020). A Criança e o Jovem como Foco de Cuidado: Empoderamento da criança, Jovem e Família. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 11 – 32). Lidel
- Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem numa Sociedade em Mudança. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 1 – 9). Lidel
- Ramos, G. W., Monteiro, D. R., Rodrigues, P. M. O., Wegner, W. & Breigeiron, M. K. (2023). Lesão por pressão em pacientes pediátricos: fatores causais e conduta terapêutica. *Cogitare Enferm*, 28. <http://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.86780>
- REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA. Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil. Direção Regional da Saúde - **Plano Regional de Saúde 2021-2030**. 2022. Disponível em WWW:
https://www.madeira.gov.pt/Portals/53/Documentos/DPESG/Plano_Regional_de_Sa%C3%bade_DRS_12.2022Final_VAprCG.pdf

Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660-16665.

[Consult. 26-12-2023]. Disponível em WWW:

<https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>

Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3487.

[Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW:

<https://dre.pt/application/conteudo/114599547>

Regulamento n.º 392/2018. **Diário da República** II Série. 123 (28-06-2018) 17993-17999.

[Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW:

<https://dre.tretas.org/dre/3384206.dre.pdf>

Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194.

[Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW:

<https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750.

[Consult. 17-01-2024]. Disponível em WWW:

<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República**. II Série 184 (25-09-2019) 128-155.

[Consult. 23-01-2024]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S. & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Rocha, B. M. P. & Nunes, M. C. de O. S. (2021). O uso de dispositivos eletrónicos por crianças dos 0 aos 5 anos de idade. *Revista Multidisciplinar*, 4(1), 5–13. <https://doi.org/10.23882/MJ2268>

Santos, L. F. M., Janini, J. P., Souzal, V. M. & Santos, R. S. (2019). Transition to motherhood and mothering for woman in wheelchairs: a nursing perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 290-296. 10.1590/0034-7167-2018-0843

Santos, T. A. S., Rezende, K. T. A., Santos, I. F. & Tonhom, S. F. da R. (2020). The influence of technology on preschool and school child development. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 592–608. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.592-608>

Silva, A. M. S. (2021). *Tempos e modos de apropriação das tecnologias por crianças - Estudo de caso com crianças de uma escola internacional da Dinamarca* (Tese para

- obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, Politécnico de Leiria).
<http://hdl.handle.net/10400.8/6043>
- Silva, A. Q., Oliveira, G. S., Lopes, P. S. & Fernandes, R. S. (2023). *Efeitos do tempo de exposição a telas no desenvolvimento de crianças na primeira infância: uma revisão sistemática*. Disponível em
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/33329>
- Silva, E. M. V. B., Silva, D., Aparício, G., Albuquerque, C. & Cunha, M. (2020). Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*, 33.
<http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0254>
- Silva, J. M. T. (2022). *Avaliação da dor em procedimentos e do conforto em cuidados intensivos neonatais através do Newborn Infant Parasympathetic Evaluation* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Medicina, Faculdade de Medicina). Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/141798>
- Smith, J., Cruden, G., Rojas, L., Van Ryzin, M., Fu, E., Davis, M., Landsverk, J. & Brown, H. (2020). Parenting Interventions in Pediatric Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics*, 146(1). [10.1542/peds.2019-3548](https://doi.org/10.1542/peds.2019-3548)
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Pestana, H. C. F. C. (2018a). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1),45-54.
<http://hdl.handle.net/10174/25938>
- Sousa, L. M. M.; Marques, J. M.; Firmino, C. F.; Frade, F.; Valentim, O. S. & Antunes, A. V. (2018b). Modelos de formulação da questão de investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação Enfermagem*. S2(23), 31-39.
<http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Straker L., Zabatiero J., Danby S., Thorpe K. & Edwards S. (2018). Conflicting Guidelines on Young Children's Screen Time and Use of Digital Technology Create Policy and Practice Dilemmas. *The Journal of pediatrics*, 202, 300–303.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.019>
- Teixeira, F. V. M. (2021). *Qualidade e segurança nos cuidados de Enfermagem: um percurso* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa). Instituto de Ciências da Saúde.
<http://hdl.handle.net/10400.14/34709>

- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2003). *Ética em Enfermagem* (4ª ed). Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/Caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*, 16(1), 129-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
- Whaley, L. e Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS A UM RECÉM-NASCIDO INTERNADO NUM SERVIÇO DE PEDIATRIA: IMPACTO TRANSICIONAL NA PARENTALIDADE

Ana Viveiros^{1,2}

¹Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

²Serviço Regional de Saúde

RESUMO

Introdução: A doença e a hospitalização constituem eventos marcantes na vida de um recém-nascido, bem como dos seus familiares. Inevitavelmente despoleta um processo de adaptação, isto é, uma transição, que ambiciona a passagem de um estado de instabilidade para um estado de organização plena. **Objetivos:** Analisar os cuidados especializados a um recém-nascido internado num Serviço de Pediatria e à respetiva família, na perspetiva do enfermeiro especialista em Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP). **Método:** Estudo de natureza qualitativa, com recurso à metodologia de estudo de caso único, combinado com revisão de literatura sobre celulite, osteomielite e tumor em idade neonatal. **Resultados:** A existência de um recém-nascido no seio de uma família provoca na mesma uma transição de desenvolvimento e situacional, que é a parentalidade. No presente caso, acresceu o facto de a recém-nascida ser internada por inflamação numa perna e que, após estudo, necessitou de ser transferida para um hospital em Portugal Continental. Assim, estão reunidos vários focos de atuação para o enfermeiro especialista em ESIP, sendo que se priorizaram a inflamação, a parentalidade e os cuidados ao cateter venoso central de inserção periférica. **Conclusão:** A aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis à presente situação da prática clínica permitiu perceber a complexidade do processo de transição que esta família, que além de vivenciar um processo de adaptação complexo à parentalidade, também se encarou com o internamento da recém-nascida com uma doença de diagnóstico indefinido.

Palavra-chave: estudo de caso, enfermagem pediátrica, parentalidade, hospitalização, transição.

INTRODUÇÃO

A doença e a hospitalização constituem eventos imprevistos para as famílias, que causam sofrimento. A hospitalização origina diversas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

As inúmeras mudanças que a pessoa experimenta ao longo do ciclo vital requerem processos de adaptação constantes e variados, em busca de um ponto de equilíbrio ótimo entre dois estados diferentes proporcionados pelo contexto biopsicossocial onde a pessoa se insere (Santos et al., 2015). Este processo de

adaptação à mudança é entendido como “transição”, descrito por Meleis (2010) como um evento multidimensional e complexo que exige da pessoa uma reestruturação interior, dependente de um conjunto de fatores facilitadores e/ou inibidores que influenciam a sua passagem por um estado de instabilidade até atingir um novo estado de organização plena.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis confere à disciplina de enfermagem um olhar atento sobre os processos transacionais que a pessoa vivencia, já que coloca o enfermeiro numa posição privilegiada enquanto mediador da adaptação à mudança (Lima et al., 2016). Apesar de a natureza das transições

preconizadas por Meleis (2010) ser de várias ordens e poderem ocorrer em simultâneo, destacam-se aquelas que dizem respeito a processos de saúde-doença para efeitos do presente estudo de caso. Segundo a autora, a ocorrência de uma patologia ou condição de saúde menos positiva implica a ativação da transição saúde-doença, não só por parte da pessoa doente, como também das pessoas que intimamente a rodeiam (Meleis, 2012).

No âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, os processos de doença que afetam uma criança previamente saudável comprometem inequivocamente o bem-estar familiar, na medida em que a sua estrutura e organização sofrem com as repercussões inerentes ao cuidar de uma criança mais ou menos dependente no autocuidado. Deste modo, é fundamental que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (ESIP) acompanhe de perto a criança e família que passam pela transição saúde-doença, por forma a que esta volte ao melhor e mais estável estado de saúde possível. De acordo com Cardoso (2016), o enfermeiro deve revelar na sua prática a sua intencionalidade e objetivar, no seu todo, a promoção de uma transição saudável, em que se verifica um trabalho conjunto com a família na redefinição de papéis e significados, no ajuste das expectativas, na reestruturação das rotinas diárias e no desenvolvimento de competências para lidar com a transição saúde-doença-saúde.

De modo a sistematizar a atuação do enfermeiro junto das famílias sensibilizadas pela doença que ocorre em algum dos seus elementos, a enfermeira portuguesa Maria Henriqueta Figueiredo (Figueiredo, 2012) desenvolveu o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), inspirado no clássico Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar em concordância com as perceções dos enfermeiros de Portugal na sua interação com as famílias. Indo ao encontro da Teoria das Transições de Afaf Meleis, o MDAIF é adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e

objetiva “ser interativo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança” (Figueiredo, 2009, p. 267). De acordo com Figueiredo (2009), e na perspetiva dos cuidados especializados à criança e família, é “essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição” (p. 32).

Através do MDAIF, é então possível que os enfermeiros estabeleçam um percurso minucioso na avaliação e identificação das necessidades das crianças e famílias, determinando de igual modo um conjunto detalhado de intervenções que visem dar resposta aos problemas reconhecidos como prioritários, sejam eles reais ou potenciais (Figueiredo, 2012). O modelo adaptado e adotado na prestação de cuidados às famílias portuguesas remete para a importância do processo de enfermagem enquanto instrumento de trabalho que permite ao enfermeiro organizar a sua prática em torno da dinâmica dos diferentes sistemas familiares.

Objetivos

A elaboração do presente estudo de caso pretende analisar os cuidados especializados a um recém-nascido internado num Serviço de Pediatria e à respetiva família, na perspetiva do enfermeiro especialista em ESIP. Para tal, será feito uso de modelos e teorias que orientam a prática de enfermagem a par com o processo de enfermagem e com a taxonomia de enfermagem proposta pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) – a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Nesta linha de pensamento, os objetivos específicos são compreender o impacto da doença no recém-nascido e na família, aprofundar conhecimentos sobre estratégias de atuação e intervenções de enfermagem junto do recém-nascido e família na ótica do enfermeiro especialista em ESIP, assim como refletir

sobre a situação clínica selecionada e a importância da mesma no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo com recurso à metodologia de estudo de caso único, combinado com uma breve revisão de literatura sobre celulite, osteomielite e tumor em idade neonatal. De acordo com Fortin (2009) e Yin, 2010, citado por Andrade et al. (2017), a metodologia qualitativa e o estudo de caso, respetivamente, contribuem para a exploração, descrição e explicação pormenorizada de casos clínicos reais.

O presente estudo de caso realizou-se num Serviço de Pediatria e surgiu da procura por responder aos objetivos do Estágio I- Cuidados especializados I- Módulo I - Estágio de Pediatria em Unidades de internamento medicina/ hemato-oncologia inserido no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP).

Assim sendo, esta metodologia encerra em si grande pertinência para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP, uma vez que se estudará um caso real da prática de cuidados de enfermagem à criança e família internada num serviço de Pediatria.

Estruturalmente recorreu-se às *guidelines da Care Case Report Guidelines* (2013) e ao processo de enfermagem, sendo este o método científico utilizado em enfermagem e caracterizado por permitir uma abordagem sistemática e ordenada, o que consequentemente permite o delineamento de cuidados que satisfazem as necessidades dos indivíduos. Portanto, constitui um método útil, pois induz ao pensamento crítico, o que implica que os cuidados prestados sejam baseados em conhecimento científico e na conjuntura biopsicossocial, espiritual e cultural. Posto isto, o presente estudo de caso será analisado pelas etapas e, consoante esta ordem, da avaliação inicial, levantamento de diagnósticos de enfermagem, planeamento de

intervenções, implementação das mesmas e avaliação dos resultados.

Considerando o caso, optou-se por analisá-lo seguindo o modelo orientador do pensamento em enfermagem da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010), em complementaridade com o MDAIF (Figueiredo, 2012). Segundo Meleis (2010), a teoria facilita estrutura para compreender situações complexas, tais como os processos e as respostas de clientes vulneráveis perante as transições.

A elaboração do estudo de caso regeu-se pelas normas de confidencialidade descritas no Código Deontológico e, neste sentido, os nomes envolvidos no caso serão nomeados por siglas.

Caso clínico

O caso reporta à situação de uma recém-nascida, a L., nascida a 25 de outubro de 2022., pelo que ao dia da presente avaliação, realizada a 15 de novembro de 2022, tinha 21 dias de vida. A L. foi internada num serviço de Pediatria após a sua mãe, a Sra. S.S., ter recorrido ao Serviço de Urgência do mesmo hospital por, durante o banho, ter observado que a L. apresentava a perna direita edemaciada e dura. Neste seguimento, a recém-nascida ficou internada no Serviço de Pediatria com o diagnóstico provisório de celulite com o objetivo de realizar exames complementares de diagnóstico e antibioterapia endovenosa.

Em traços gerais, a celulite consiste numa inflamação da derme e do tecido subcutâneo provocada, normalmente, pelos microrganismos *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* do grupo A e, raramente, pelo *Haemophilus influenzae*, bacilos gram negativos e fungos como o *Cryptococcus neoformans*. Sintomatologicamente, evidencia-se pela presença de edema, eritema, calor, dor e sensibilidade no local e de febre e mal-estar a nível sistémico. Sabendo que a pele detém um importante papel protetor, esta patologia surge quando a integridade da pele é comprometida, permitindo, assim, a infeção

pelos microrganismos anteriormente referidos (Teixeira, 2021). O tratamento passa pela administração de antibióticos dirigidos ao microrganismo responsável pela infecção. Simultaneamente são realizados exames complementares, tal como a ressonância magnética, radiografia, bem como exames laboratoriais, nomeadamente hemoculturas (Souza, 2003).

Apesar da L. ter sido internada com o diagnóstico de celulite, este não era definitivo uma vez que os sintomas apresentados poderiam estar relacionados com outras patologias. Assim, já na admissão foi posto em hipótese o diagnóstico de osteomielite do terço médio do perónio ou de massa tumoral, sendo que neste caso a transferência para o Centro de Referência de Oncologia Pediátrica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra é imprescindível. A hipótese de trauma foi descartada pela mãe após ter sido questionada.

A osteomielite, tal como o nome indica, é uma infecção óssea que destrói o osso através de um processo inflamatório progressivo. Os microrganismos implicados na colonização do leito capilar do tecido em ossificação são o *Staphylococcus aureus*, o *Streptococcus* do grupo B e os bacilos gram negativos (Fernandes et al., 2005). Nos recém-nascidos está associada à existência de múltiplos vasos sanguíneos comunicantes entre o espaço articular e a metáfise dos ossos longos. Nesta faixa etária manifesta-se através de sintomas de infecção, porém na maioria das vezes estes sinais evidenciam-se de forma insidiosa. Aliado a isto, os exames laboratoriais e radiológicos nem sempre são específicos quanto ao diagnóstico desta infecção. Por este motivo, o diagnóstico específico é tardio, contudo o tratamento com antibioterapia é iniciado empiricamente com o intuito de reduzir o risco de complicações e sequelas graves (Fragoso, 2019).

Por sua vez, o tumor consiste num crescimento descontrolado e anómalo de células, formando um aglomerado irregular de células, que poderá ser benigno ou maligno. A

capacidade de se poderem modificar, deslocar e replicar por outras partes do corpo conferem a malignidade aos tumores (Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica [PIPOP], 2022). Em idade pediátrica o cancro representa uma das patologias crónicas com maior expressividade sobre a saúde biopsicossocial e espiritual da crianças e famílias. Segundo a Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro - Acreditar (2016), o cancro pediátrico assume características muito peculiares, quer em termos de localização, quer em termos de prognóstico, sendo que o tipo de cancro mais frequente na população pediátrica é, por esta ordem, a leucemia, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas. O PIPOP (2022) refere que a etiologia do cancro infantil é ainda desconhecida e não está associada a fatores de risco. O tratamento aplicável à doença oncológica infantil passa pela cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplante de células estaminais ou medula óssea, imunoterapia ou terapia dirigida, cada um deles isoladamente ou de forma combinada entre si (Acreditar, 2016).

Apesar de todas as patologias serem capazes de exercer influência sobre os sistemas familiares, destaca-se a doença oncológica pediátrica, que encerra no próprio nome uma conotação negativa e pesada do ponto de vista do tratamento e do prognóstico (Lopes, 2022).

Com a intenção de identificar o problema de saúde que afeta a L., foram realizados exames laboratoriais, nomeadamente, análises sanguíneas e hemoculturas, e exames complementares de diagnóstico, mais especificamente, ecografia e ressonância magnética à perna direita.

Analiticamente sem leucocitose, proteína C reativa de 35 mg/L, parâmetros inflamatórios sem elevação e hemocultura negativa.

Quanto à ecografia, o relatório médico reporta a “*espessamento de partes moles e heterogeneidade muscular, com áreas mais hipodensas imiscuídas nas fibras musculares:*

infecção? Infiltração hemática (mãe nega traumatismo)? Profundamente há irregularidade óssea do perónio, que se verifica em RX, osteomielite?”.

Por sua vez, a ressonância magnética indica “*espessamento dos planos musculares, com indefinição dos planos intermusculares por miosite, eventualmente infecciosa, sem focos de liquefação que sugiram abcedação. Edema no compartimento subcutâneo, entendendo-se à coxa. Reação periosteal fulsiforme*”.

Pela razão do diagnóstico ser inconclusivo e de haver a necessidade da realização de uma cintigrafia óssea com o objetivo de descartar a hipótese de tumor, foi colocada a hipótese de a L.B. ser transferida para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

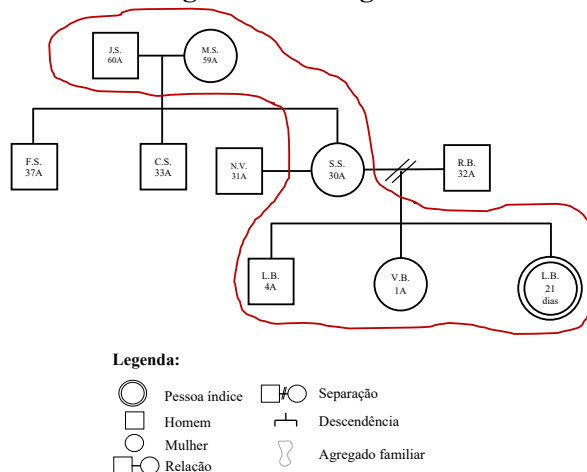
Com intuito de explicitar a estrutura e dinâmica familiar, proceder-se-á à avaliação segundo o MDAIF. Este modelo está estruturado em três categorias avaliativas, as quais são a dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

A dimensão estrutural do MDAIF avalia a estrutura da família, como um sistema aberto em que o seu processo transformativo é influenciado pelos diversos níveis estruturais do ambiente. Esta dimensão engloba oito subcategorias, que avaliam a composição da família, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos, a classe social, o edifício residencial, o sistema de abastecimento e o ambiente biológico (Figueiredo, 2012).

No caso em estudo, tal como ilustra a figura 1 – Genograma, trata-se de uma família constituída pela pessoa índice, a recém-nascida L.B., pela sua mãe S.S. 30 anos e os dois irmãos, o L.B. de quatro anos e a V.B. de um ano. Os pais da L.B. estão separados desde o último trimestre de gravidez, sendo que o casal e os filhos viviam em Manchester e, após a separação, o pai da L.B., o Sr. R.B. de 32 anos, manteve-se emigrado enquanto a Sra. S.S. e respetivos filhos regressaram à Madeira e encontram-se a viver na casa dos avós maternos, o Sr. J.S. de 60 anos e a Sra. M.S.

de 59 anos. Durante a avaliação não foram identificadas doenças na família. Assim sendo, a família é uma família monoparental porque os pais estão separados e a mãe tem a total responsabilidade pelos filhos.

Figura 1 – Genograma



Tendo em conta a composição da família, a avaliação da família extensa fará alusão ao reporte da família materna da recém-nascida, visto não haver aparente ligação com a família paterna. Posto isto, a família mantém bidireccionalmente vínculos muito fortes com os avós maternos, sendo que estes estão responsáveis por cuidar dos irmãos da L.B. enquanto a mãe S.S. se encontra a acompanhar o internamento, sendo que o avô é quem fica a acompanhar a recém-nascida quando a mãe se ausenta para ir a casa.

Os sistemas mais amplos englobam o namorado da mãe da recém-nascida e o Centro de Saúde, mais propriamente a enfermeira especialista em ESIP e a assistente social. O namorado da mãe da L.B. constitui um apoio emocional e funcional, uma vez que o mesmo durante a visita hospitalar demonstrou-se interessado em colaborar nos cuidados à recém-nascida e a mãe referiu que o mesmo já ajudou financeiramente, inclusive ajudando mais que o próprio pai. Relativamente à relação com o Centro de Saúde e com a enfermeira especialista em ESIP, a presente família apresenta uma relação satisfatória e bidireccional, recorrendo a estes serviços de

saúde por razões eletivas e de acordo com o recomendado. No entanto, coma a assistente social a relação é insatisfatória, pois quando foi oferecida ajuda à Sra. S.S. a mesma recusou com receio que o objetivo dessa fosse lhe retirar os filhos.

No que concerne à classe social, sabe-se que os rendimentos que servem de sustento à família são provenientes de apoios sociais e de ajuda dos avôs maternas. O pai da L.B. não fornece apoio financeiro. Neste sentido, os rendimentos familiares são suficientes para cumprir com todas as necessidades básicas, porém colmatados com apoios sociais.

Quanto à residência, a família vive no apartamento dos avôs maternos inserido num bairro social. Não foi possível obter informações, dado à priorização do rastreio de dados, sobre o sistema de abastecimento e o ambiente biológico.

A dimensão de desenvolvimento do MDAIF possui um papel preponderante na compreensão de fenómenos relativos ao crescimento da família, fazendo uso de uma abordagem processual e contextual. Isto implica o conhecimento do percurso do ciclo vital da mesma, em consonância, com a identificação dos processos de transição únicos e específicos do crescimento de cada família. Neste seguimento, a presente dimensão engloba quatro categorias, mais especificamente a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental (Figueiredo, 2012).

Nesta ordem de ideias, a etapa do ciclo vital que a presente família se insere é família com filhos pequenos (Relvas, 2000, citado por Figueiredo, 2012).

Em termos de satisfação conjugal, os pais da L.B. estão separados desde o último trimestre da gravidez e comunicam apenas quando é extremamente necessário, sendo, portanto, uma relação hostil. Por sua vez, a mãe da recém-nascida iniciou uma nova relação no final da gravidez com o atual namorado, a qual se evidencia ser uma relação da qual obtém apoio emocional e funcional. Face ao internamento da L.B., o namorado da

mãe realizou várias visitas e colaborou nos cuidados.

Quanto ao planeamento familiar e adaptação à gravidez, foi possível saber através da história clínica da gravidez da L.B. que a mesma foi mal vigiada, pois a mãe quando observada pelos profissionais de saúde do Serviço Regional de Saúde não tinha registos do acompanhamento realizado em Manchester, nem foi explícita sobre a forma como o acompanhamento foi realizado. Não obstante, a gravidez foi vigiada de forma assertiva a partir do momento em que se encontrou em território regional.

No que concerne ao papel parental, a mãe S.S. demonstra conhecimentos sobre o padrão alimentar e ingestão de líquidos, alimentando a L.B. com o leite adaptado fornecido pelo hospital através de biberão, com uma frequência de três em três horas e numa quantidade de cerca de 90cc. No entanto, verificou-se que nas fases de maior ansiedade, que coincidiam com maior irritabilidade da recém-nascida, tendia a satisfazê-la com a administração de leite em maior frequência, mesmo sem a L.B. apresentar sinais de fome, pelo que nesses momentos a bebé alimentava-se de quantidades menores. Após alimentar a recém-nascida e a mesma eructar, a recém-nascida adormecia ao colo da mãe e assim permanecia, inclusive durante a noite, onde a mãe S.S. tinha maior probabilidade de adormecer e, conseqüentemente, o risco de queda aumentava. No que concerne aos cuidados de higiene, a mãe S.S. apresentou um comportamento adequado. Quanto ao sono, optava por adormecer a bebé e permanecer com a mesma ao colo, inclusive durante o período noturno em que se encontrava no cadeirão. Neste sentido, constatou-se que existem algumas lacunas no desempenho do papel parental. Não obstante, dado à situação de doença, a mãe demonstra-se cumpridora das indicações dadas pelos profissionais de saúde.

A dimensão funcional do MDAIF alude aos padrões de interação familiar, que permitem a realização das funções e das

tarefas familiares, de forma a complementar o sistema e proporcionando a execução das suas finalidades enquanto família. Esta categoria é avaliada segundo duas dimensões, a instrumental e a expressiva, nas quais se determina os aspetos relativos às atividades de vida e as interações entre os membros da família, respetivamente (Figueiredo, 2012).

A avaliação instrumental pressupõe a avaliação do papel de prestador de cuidados, o que implica a identificação prévia do nível de dependência dos elementos do agregado familiar, de modo a compreender se algum é dependente em algum dos tipos de autocuidado descritos pela ICN (Figueiredo, 2012), sendo que dar-se-á destaque à recém-nascida, visto ser a pessoa foco dos cuidados.

Neste sentido, a L.B. é totalmente dependente da mãe, o que é normal para a sua idade. Inerente à situação atual de doença é, também, dependente dos profissionais de saúde do serviço, nomeadamente para a vigilância da situação de doença e administração de terapêutica.

A avaliação do processo familiar pressupõe a compreensão das dimensões operativas comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

No que concerne à comunicação, a mãe e os avós mantêm uma comunicação clara e direta. Porém a relação da mãe da L.B. com o pai é muito pouca e quando ocorre é hostil.

Em relação ao *coping* familiar está comprometido, pois a mãe e o avô da L.B. apresentam comportamentos de negação da doença da filha, nomeadamente quando refere que pela sua preferência desejam que a L.B. não seja transferida para o Centro Hospitalar de Coimbra. Isto acontece principalmente porque a Sra. S.S. não se quer afastar dos restantes filhos.

Por sua vez quanto à interação de papéis familiares, a família é consensual em todos os papéis familiares possíveis, não havendo conflitos ou saturação dos mesmos, à exceção da relação entre os pais da L.B.. Neste

seguimento, a mãe e os avós assumem o papel de provedor, de gestão de rendimentos e recreativo.

Concernente à relação dinâmica, nomeia-se como acontecimento familiar marcante a doença sem diagnóstico da L.B. e a separação dos seus pais, que apesar de ter ocorrido previamente ao seu nascimento condiciona o seu desenvolvimento e o processo de tratamento. Em termos de alianças e uniões, temos que existem alianças positivas dentro entre os vários elementos da família, à exceção da relação do pai da recém-nascida com a mãe e a própria recém-nascida.

Por fim, é momento de averiguar as crenças familiares, pelo que se verificou, que a mãe e o avô apresentaram-se esperançosos quanto ao processo de recuperação da L.B..

Posto isto, passar-se-á à avaliação inicial à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Os pilares fundamentais desta teoria são a natureza da transição (tipo, padrões e propriedades), as condições da transição (facilitadoras ou inibidoras), os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e as intervenções de enfermagem (atividades).

No que se refere ao tipo da transição do caso em estudo é de saúde/doença uma vez que a L.B. era uma recém-nascida saudável e inesperadamente sofreu uma alteração no seu estado de saúde, passando de um estado de bem-estar para uma doença aguda. Também se pode considerar que há uma transição de desenvolvimento e de situação. De desenvolvimento, pois Meleis (2010) considera que tornar-se mãe constitui, por si só, um processo dinâmico e complexo, repleto de inúmeras mudanças que representam a parentalidade. A mesma autora refere que a parentalidade se traduz num processo transacional, que se prolonga desde a gravidez, passa pelo nascimento da criança e estende-se até aos dezoito meses após o parto. De natureza situacional, na medida em que a alteração de papéis após o nascimento tem uma grande influência na forma como a família se reajusta (Magalhães, 2011).

Portanto, existem dois processos de transição, um relacionado com a parentalidade e outro com o processo de saúde/doença da recém-nascida.

Antes de mais, importa mencionar que a avaliação das transições se focará na mãe, a Sra. S.S., visto que neste caso assume-se que a recém-nascida, pela sua tenra idade, não tem capacidade para compreender a transição que está a vivenciar. Além disto, a mãe é a pessoa responsável pela bebé e a que cuida desta na maioria do tempo.

Neste seguimento, os padrões descrevem a experiência, como única ou múltipla, sendo que podem ser transições sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não. No âmbito da situação clínica descrita, deve ser considerada no seu todo pela alteração de papéis e ajustes que implica pelo que segue um padrão transacional múltiplo, simultâneo e relacionado, uma vez que ocorrem várias mudanças num mesmo período, com relação causal entre si (Meleis, 2010).

As propriedades caracterizam a transição face à consciência/conhecimento, ao compromisso/ajustamento, à mudança e diferença, ao período da experiência e, ainda, aos pontos críticos e eventos (Meleis, 2010).

A consciencialização é a forma como a pessoa compreende a experiência vivenciada (Meleis, 2010). Assim, a mãe S.S. está consciente sobre a transição da parentalidade, porém não está totalmente para a transição de saúde/doença da sua filha, pois demonstra crer que o tratamento pode ser realizado na Madeira mesmo após os médicos terem informado a necessidade da transferência para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, antecipando já um diagnóstico e prognóstico devastador.

Por sua vez, o ajustamento reporta ao nível de envolvimento dos indivíduos no processo de transição (Meleis, 2010). Assim sendo, considera-se que tanto a mãe, tal como a sua família estão totalmente envolvidos nos processos de transição, pois apesar da renitência com os tratamentos noutra hospital, aceitam e confiam nos tratamentos que os

profissionais considerem necessários e mais adequados.

A terceira propriedade diz respeito à mudança e diferença e está relacionada com o significado que as pessoas atribuem à mudança, nomeadamente as expectativas e percepção da importância (Meleis, 2010). Neste sentido, a família vê na doença da L.B. uma situação grave e que altera todo o funcionamento da família, sendo que a mãe se demonstra muito preocupada com a sua ausência perante os filhos mais velhos. Apesar desta família estar ciente da mudança e mesmo tendo lhe sido transmitidas as informações sobre o estado de saúde da recém-nascida, apresentam expectativas um pouco desadequadas tendo em consideração o tratamento e prognóstico incerto.

Fortemente relacionada com a anterior propriedade, surge a propriedade dos eventos e acontecimentos críticos (Meleis, 2010). Assim, neste caso apesar de haverem em simultâneo a transição da parentalidade e da saúde/doença, a situação crítica foi a doença da L.B..

Por último, a propriedade período de experiência relaciona-se com as alterações experienciadas no intervalo de tempo que ocorre a transição (Meleis, 2010). Portanto, as transições experienciadas neste caso englobam inconstância, desordem e ansiedade, até que se atinja um estado mais estável e estão a ser acompanhadas por profissionais de saúde. É notório a importância destes no processo de compreensão, aceitação e resposta perante a transição.

Quanto às condições que influenciam a transição, que podem ser inibidoras ou facilitadoras, estas podem ser pessoais (significados, crenças e atitudes culturais, nível socioeconómico, a preparação e o conhecimento) e ambientais (comunidade e sociedade) (Meleis, 2010).

Entre as condições pessoais identificam-se os significados atribuídos à transição, pelo que neste caso se assume que o significado atribuído à transição de saúde/doença é

negativo e positivo quanto à transição de parentalidade. Quanto às crenças e atitudes culturais, considera-se nesta família como neutras, pois em nenhum momento foram identificados fatores deste âmbito que interferissem no processo. Seguidamente, salienta-se o nível socioeconómico, que na presente família representa um fator inibidor, uma vez que a L.B. vive com a sua mãe e irmãos na casa dos avós maternos, a qual está inserida num bairro social, o que está relacionado com um baixo poder económico. Além disto, a Sra. S.S. não trabalha e não tem ajuda monetária do pai dos filhos. Por sua vez, a família, principalmente a mãe, apesar de estar informada sobre o estado de saúde da recém-nascida, aparentou não estar preparada para compreender as informações sobre o estado de saúde da filha, uma vez que lhe foi difícil aceitar e perceber a necessidade da possibilidade de serem realizados exames complementares no continente. Assim, este é um fator inibidor da transição.

Os recursos da comunidade, quando acessíveis à pessoa e família, podem facilitar ou dificultar o decurso da transição e adaptação ao novo estado (Meleis, 2010). O suporte familiar e dos grupos de pares, o apoio de profissionais de saúde e a obtenção de informação através de fontes fidedignas constituem fatores potenciadores. Ao invés, representam fatores inibidores a insuficiência de recursos, a falta de informação ou informação menos correta e fundamentada, o negativismo e os estereótipos. Neste sentido, a comunidade onde esta família se insere, nomeadamente, os avós maternos e os profissionais de saúde, constituem fatores facilitadores do processo de saúde/doença e de parentalidade.

De uma forma mais abrangente, Afaf Meleis (2010) destaca também a influência da sociedade enquanto facilitadora ou inibidora da transição, uma vez que a definição de papéis socialmente estereotipados e o estigma social condicionam o processo de transição. No presente caso, a sociedade tem um papel

neutro, pois na fase atual das transições não as condiciona de nenhuma forma.

Todavia, para compreender o processo de transição é preciso atender aos padrões de resposta onde se inclui os indicadores de processo (sentir-se integrado, as interações, sentir-se situado e desenvolver confiança e *coping*) e os indicadores de resultados (mestria e identidades flexíveis e integradoras) (Meleis, 2010).

Quanto aos indicadores de processo, Afaf Meleis (2010) particularizou a necessidade das pessoas se sentirem integradas num determinado contexto, o que se operacionaliza através das relações que estabelecem com a família, pares e profissionais de saúde, o que, no presente caso, ocorre. A família, à exceção do pai da L.B., reorganizou-se e os profissionais de saúde disponibilizam-se informação e recursos de auxílio à transição. Tudo isto permite que a recém-nascida e a sua mãe estejam integradas no contexto ambiental que é o serviço de Pediatria e, conseqüentemente, permite o desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping*.

O culminar dos padrões de resposta anteriormente mencionados levam a que a autora procure classificar a transição segundo indicadores de resultado, que permitirão perceber se a pessoa realmente se adaptou à nova situação. Afaf Meleis (2010), distingue dois graus finais de adaptação, sendo eles a mestria, em que se verifica o desenvolvimento de competências ao longo do processo de transição para gerir o novo estado em prol de uma maior estabilidade, e a identidade flexível e integradora, em que a pessoa reformula a sua forma de ser e estar com a incorporação de novos conhecimentos e comportamentos. Assim, considera-se que no presente caso ainda não foi alcançado o nível de mestria, o que é perfeitamente normal dado à novidade da transição no seio familiar. Não obstante, está presente uma identidade flexível e integradora, uma vez que há a incorporação de novos conhecimentos com a finalidade de alterar comportamentos.

RESULTADOS

Uma vez reunidos os dados mais pertinentes ao longo da apreciação inicial, segue-se a apresentação dos focos de enfermagem que se consideraram de interesse, sendo eles dor, inflamação, segurança, vinculação, parentalidade, papel parental, alimentação, sono, adesão ao regime terapêutico, aceitação do estado de saúde e desenvolvimento infantil.

Da colheita de dados e correspondente avaliação inicial podem surgir inúmeros diagnósticos de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem pertinente deve centrar-se nas necessidades mais emergentes da criança/jovem e família, sejam elas reais o potenciais (ICN, 2019). Assim, a partir da seleção dos focos supramencionados, levantaram-se alguns diagnósticos de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista em ESIP.

Com enfoque na patologia propriamente dita, surge o diagnóstico: **inflamação atual na perna direita**.

O foco inflamação é definido pela CIPE (ICN, 2019) como “processo patológico”. De acordo com Rodrigues (2020), a inflamação consiste num mecanismo de defesa do organismo face a lesões endógenas ou exógenas provocada por infecção microbiana ou outro tipo de estímulo nocivo. Para tal, desenvolve-se um processo inflamatório, o qual consiste na dilatação dos vasos devido ao aumento do fluxo sanguíneo e ao aumento da permeabilidade dos capilares. Neste processo intervêm células fagocíticas e microbicidas, nomeadamente os leucócitos e neutrófilos, as quais apresentam funções crucias como primeira linha de defesa do sistema imunitário, bem como há a incorporação de uma série de proteínas plasmáticas que desempenham diferentes papéis na regulação do processo inflamatório. Este processo desencadeia inflamação na região afeta – rubor, edema, calor, dor e perda funcional.

Por sua vez, o juízo atual significa “Potencialidade: presente ou real” (ICN, 2019).

As evidências deste diagnóstico de enfermagem são o aumento anormal do perímetro da perna (medição do terço médio da perna - 16,5 cm) desde o joelho até à raiz do pé, apresentar à palpação toda a superfície da perna dura, sem flutuação e ligeiramente quente. Além disto, observa-se ligeiro rubor. A recém-nascida apresenta dor à palpação e, por vezes, apresenta dor mesmo sem ser tocada na perna. Apesar dos sinais inflamatórios, a extremidade (pé) está sem sinais de compromisso neurocirculatório, apresentando boa perfusão tecidular.

Como fatores relacionados pode-se assumir a idade da L.B..

Este processo inflamatório representa uma preocupação para a mãe S.S. que se encontra a viver um processo de adaptação parental. Naturalmente, com esta situação de doença da filha há comprometimento da transição em prol de um estado de estabilidade (Meleis, 2010).

O outro diagnóstico que se evidenciou importante trabalhar foi a **parentalidade comprometida**. De acordo com a CIPE (ICN, 2019), parentalidade define-se como “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”.

Identicamente, Meleis (2010) conceitualiza a parentalidade como um processo transacional, que se prolonga desde a gravidez, passa pelo nascimento da criança e estende-se até aos dezoito meses após o parto. Para esta, a parentalidade enquadra-se também numa transição de natureza situacional, na medida em que a alteração de papéis após o nascimento tem uma grande

influência na forma como a família se reajusta (Magalhães, 2011).

Inequivocamente, a complexidade por detrás da parentalidade assume um foco importante naquela que é a intervenção do enfermeiro especialista em ESIP, merecendo o seu melhor apoio junto dos pais. Contudo, para alcançar um estado ótimo no que diz respeito ao desempenho do papel de pai ou mãe com responsabilidade e segurança, os indivíduos devem passar por um processo de adaptação – a transição. À luz do ICN (2019), a adaptação à parentalidade toma forma nos “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (p. 2).

A OE (2015), por meio do seu guia orientador de boas práticas “Adaptação à parentalidade durante a hospitalização”, vem também reforçar a complexidade por detrás do processo de tornar-se pai e mãe, enfatizando toda a mudança que ele envolve – desde assumir novas responsabilidades, passando pela alteração de papéis até à reestruturação dos projetos de vida. A mesma fonte descreve que a adaptação à parentalidade traduz “um processo de transição que tem riscos associados, porque a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição” (p.11).

Inerente à parentalidade surge o desempenho do papel parental, a vinculação e a segurança. De acordo com a OE (2015), a parentalidade dá resposta a todos os fatores que potenciam o desenvolvimento e que poderão ser satisfeitos pelos pais. Assim sendo, um bom desempenho da parentalidade passa pela satisfação das necessidades básicas, pela garantia da segurança, pela transmissão de emoções e afetos e pelo estabelecimento da vinculação.

Nesta linha de pensamento, as evidências para o levantamento do presente diagnóstico

são o facto de os pais da L.B. estarem separados recentemente e este estar geograficamente distante, uma vez que vive em Manchester. Além disto, não demonstra interesse em estar presente na vida da filha, não ajudando financeiramente, nem desenvolvendo vínculos com a bebé. Também é evidência a alimentação incorreta da recém-nascida, que apesar de seguir um padrão adequado na maioria do tempo, há períodos em que a mãe identifica sinais de fome que não correspondem a sinais de fome, mas sim de necessidade de afeto e consolo materno, ou seja, a Sra. S.S. identifica erroneamente os sinais de fome. Naturalmente, a recém-nascida nesses momentos ingere pouca quantidade de leite, o que faz com que esteja constantemente a ser alimentada e nunca em quantidades adequadas. Ademais, foi verificado que a Sra. S.S. adormece a filha e permanece com a mesma ao colo, mesmo durante o período da noite onde há o risco de adormecer e, numa situação drástica, a bebé cair do seu colo e, assim, sofrer uma queda. Por fim, como evidência realça-se a dificuldade que a mãe e o avô materno apresentaram em compreender a necessidade de a recém-nascida poder vir a ser transferida para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra para realização de um exame complementar de diagnóstico, mesmo após os médicos, enfermeiros e assistentes sociais, cada um dentro da sua competência, terem explicado a possibilidade e necessidade de tal transferência vir a acontecer.

Como fatores relacionados para o presente diagnóstico pode-se considerar a idade da L.B., o internamento, as condições monetárias da família e a classe social onde se inserem, o que infelizmente, está relacionado com dificuldade em aceitar as transições a vivenciar (Meleis, 2010).

Devido ao facto da medicação endovenosa (antibioterapia) se prever se prolongar por mais de seis dias, foi implantado pela equipa de neonatologia um cateter central periférico (epicutâneo) no membro superior direito da recém-nascida. Desta forma, surge o

diagnóstico **risco de complicação associado ao cateter venoso central** (de inserção periférica – epicutâneo). As evidências são o facto de este estar associado complicações, nomeadamente, hemorragia, infeção, embolismo e tromboembolismo, deslocação do cateter, arritmia induzida pelo cateter, lesão e perfuração de um vaso e lesão linfática e nervosa (OE, 2009). Os fatores relacionados são os cuidados de enfermagem e os cuidados prestados pela mãe.

Uma vez priorizados os focos de intervenção do enfermeiro especialista em ESIP, segue-se planeamento de intervenções de enfermagem que, na forma de um plano de cuidados, compõe a terceira etapa do processo de enfermagem. Desta fase farão parte as intervenções de enfermagem que o enfermeiro e a família julgam serem as mais adequadas para satisfazer as necessidades de saúde priorizadas e que vão ao encontro dos resultados esperados.

Antes de se trabalharem quaisquer problemáticas identificadas, é essencial que o enfermeiro especialista em ESIP se guie pelos princípios básicos da disciplina de enfermagem e estabeleça uma relação terapêutica e de confiança com a recém-nascida e respetiva família (Marques et al., 2017), envolvendo todos os seus elementos no plano de cuidados, negociando a participação de cada um deles (OE, 2011). Não menos importante, o enfermeiro deve encorajar a expressão de sentimentos e emoções, livre de juízos ou opiniões pessoais, escutando-os ativamente. O elogio pelo comportamento de procura de saúde e adesão ao plano de cuidados de saúde por parte da família deve também ser contemplado, já que o reforço positivo motiva o ser humano a manter comportamentos (OE, 2011).

Posto isto, para o diagnóstico de inflamação atual na perna direita, e tendo por base os achados clínicos descritos na apreciação inicial, definiram-se como intervenções para atingir nenhuma inflamação na perna direita:

- ◆ Avaliar pele, com o objetivo de despistar alterações na perna.
- ◆ Vigiar perfusão dos tecidos, principalmente do pé.
- ◆ Monitorizar dor com a escala EDIN.
- ◆ Gerir a dor através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas (administração de paracetamol via oral que tem prescrito em SOS).
- ◆ Medir perímetro do 1/3 médio da perna, com o intuito de monitorizar a evolução do edema na perna.
- ◆ Vigiar sinais e sintomas de inflamação.
- ◆ Monitorizar temperatura corporal.
- ◆ Prescrições interdependentes: Administração de antibióticos – Cefotaxima e Vancomicina, ambos via endovenosa.

Através destas intervenções pretende-se que a perna direita apresente um tamanho idêntico à perna esquerda, esteja mole e à temperatura corporal. À palpação espera-se que a recém-nascida não apresente dor e tenha boa perfusão tecidual, com a extremidade sem sinais de compromisso neurocirculatório. Obviamente, para que isto seja possível, o cumprimento do plano de cuidados é imprescindível.

Com o intuito de se alcançar o resultado esperado parentalidade em progressão referente ao diagnóstico parentalidade comprometida, planeou-se as seguintes intervenções:

- ◆ Informar sobre situação de saúde, sempre que seja requisitado pelo prestador de cuidados, haja alteração na situação de saúde e haja dúvidas.
- ◆ Apoiar mãe e família.
- ◆ Orientar mãe sobre importância de explicar aos restantes filhos a ausência da mãe e da irmã, sempre que seja oportuno.
- ◆ Validar conhecimento da mãe sobre o processo de tomar conta.
- ◆ Vigiar atitude da mãe face ao processo de tomar conta.

- ◆ Ensinar sobre precauções de segurança durante a hospitalização, mais especificamente, sobre a necessidade de a recém-nascida dormir no berço, sempre que seja oportuno.
- ◆ Posicionar a recém-nascida em segurança, nomeadamente, no berço e com as grades elevadas, sempre que seja necessário.
- ◆ Ensinar como tomar conta do padrão de alimentação, quando a mãe não apresentar comportamento adequado.
- ◆ Orientar para assistente social, aquando do início do processo de transferência para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- ◆ Promover a vinculação mãe-filha.
- ◆ Trocar penso do cateter venoso central (7/7 dias e SOS com técnica estéril).
- ◆ Trocar o sistema de perfusão (96/96h com técnica estéril).
- ◆ Administração de medicação em sistema fechado.
- ◆ Monitorizar pressão sanguínea.
- ◆ Monitorizar frequência cardíaca.

Com estas intervenções pretende-se que a L.B. não apresente nenhuma das complicações associadas ao cateter venoso central de inserção periférica, ou seja, hemorragia, infeção, embolismo e tromboembolismo, deslocação do cateter, arritmia induzida pelo cateter, lesão e perfuração de um vaso, nem lesão linfática e nervosa. Os fatores relacionados são os cuidados de enfermagem adequados e o cuidado da mãe ao mobilizar a filha.

As intervenções delineadas anteriormente foram aplicadas na prática de cuidados. A sua aplicação foi bem recebida pela mãe e proporcionaram melhorias no estado de saúde da recém-nascida. Naturalmente, a sua aplicação foi negociada com a mãe e, na medida do possível, potenciou-se a sua autonomia.

A avaliação de resultados consiste na quinta e última fase do processo de enfermagem e circunscreve uma avaliação comparativa entre os estados de saúde inicial e final do cliente alvo da implementação das intervenções delineadas (Phaneuf, 2001). Para além de determinar a eficácia das intervenções planeadas e a sua contribuição sobre os resultados esperados, esta avaliação final permite que se estipulem novos objetivos e se reajuste o plano de cuidados em conformidade.

O resultado esperado relativo ao diagnóstico inflamação atual não foi atingido, uma vez que ambicionou-se atingir nenhuma inflamação e o resultado obtido, apesar de representar uma evolução positiva, foi inflamação melhorada. As evidências que sustentam o diagnóstico final são o facto de

A aplicação destas intervenções ambiciona que a mãe consiga proporcionar à L.B. um padrão alimentar adequado, que a posicione corretamente no berço com as grades elevadas para dormir e que aceite o processo de doença da L.B., bem como o tratamento associado. Os fatores que se esperam contribuir para isto é o facto da Sra. S.S. poder ter apoio dos seus pais, principalmente do pai para cuidar dos filhos. Outro fator, seria a reaproximação do pai da bebé face ao internamento da mesma.

No que concerne ao diagnóstico risco de complicação associado ao cateter venoso central (de inserção periférica – epicutâneo), o resultado esperado é nenhuma complicação associada ao cateter venoso central (de inserção periférica – epicutâneo). De forma a atingir este resultado, as intervenções delineadas foram:

- ◆ Vigiar local de inserção do cateter venoso central.
- ◆ Verificar prolongamentos e conexões até à bomba de perfusão.
- ◆ Verificar alarmes e o ritmo de perfusão marcados na bomba.
- ◆ Gerir medidas de segurança no manuseamento do cateter venoso central.

apresentar ligeira diminuição do perímetro da perna (medição do 1/3 médio 15 cm) desde o joelho até à raiz e sem rubor. Contudo, à palpação mantém-se dura em toda a superfície, estando apenas a região interna menos dura. Mantém-se sem flutuação e a temperatura idêntica à restante superfície corporal. À palpação apresenta dor e, por vezes, apresenta dor mesmo sem ser tocada na perna, a qual cede com administração de paracetamol oral. Ademais, aos exames físicos realizados pelo médico a evolução não foi positiva. Por esta razão o ortopedista infantil efetivou a decisão de transferência da recém-nascida para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra com o intuito de realizar uma cintigrafia óssea, exame este que diagnostica tumores ósseos. Neste seguimento, foi dado início ao processo de transferência, o qual envolveu a inclusão da assistente social e de pessoal administrativo.

Como fatores relacionados, os quais contribuíram paralelamente com as intervenções implementadas para atingir o resultado obtido, foram o facto de o tratamento médico implementado não ser dirigido para o problema, isto porque o diagnóstico médico é inconclusivo.

Por fim, trabalhou-se o diagnóstico relativo à parentalidade comprometida e à avaliação final obteve-se um resultado igual ao esperado, ou seja, parentalidade em progressão. Ao longo do internamento houve uma progressão positiva quanto à parentalidade, nomeadamente no que toca ao padrão de alimentação, segurança e aceitação por parte da mãe do processo de doença/tratamento da recém-nascida. No que toca ao padrão alimentar, observou-se que a Sra. S.S. identifica os sinais de fome assertivamente e alimenta a filha com leite adaptado fornecido pelo serviço numa frequência de três em três horas e numa quantidade que rondava cerca de 90cc. Ademais, quando a L.B. se apresenta chorosa, sem sinais de fome, nem dor e fora do intervalo de alimentação, utiliza outras estratégias de conforto. No que concerne à

segurança, onde a questão se colocava sobre o facto de adormecer a bebé ao colo e de a manter aí mesmo durante a noite, verificou-se que após as intervenções implementadas adormecia a bebé ao colo e, seguidamente, coloca a mesma em decúbito dorsal no berço e com as grades elevadas, assegurando assim a segurança. Quanto à aceitação do processo de saúde e de doença, pode-se dizer que a persistente explicação da situação de saúde da recém-nascida, do tratamento e da importância de poder a vir a ser observada por cuidados especializados foi imprescindível para a mãe aceitar. A isto se acrescenta os ensinamentos realizados sobre a importância de conversar com os filhos mais velhos sobre a sua ausência, bem como sobre a ausência da irmã recém-nascida. Isto permitiu que os mesmos entendessem que a mãe não estava ausente de forma temporária para cuidar da irmã e, por sua vez, a Sra. S.S. ao ver que os filhos aceitaram isto calmamente, também ela ficou mais tranquila. Numa fase em

Naturalmente, os pais da L.B. mantêm-se separados e, infelizmente, o pai continua ausente fisicamente e desinteressado no desenvolvimento e crescimento da filha, o que sempre vai ser sempre negativo para o processo de transição para a parentalidade da mãe, bem como para o desenvolvimento infantil da recém-nascida. Não obstante, a mãe com o auxílio dos seus pais, principalmente do pai, foi capaz de desenvolver estratégias que a permitem apresentar um papel parental adequado.

Os fatores relacionados são a aceitação do plano de cuidados implementado pela equipa de enfermagem.

Quanto ao diagnóstico risco de complicação associado ao cateter venoso central (de inserção periférica – epicutâneo), o resultado final corresponde ao resultado esperado, isto é, nenhuma complicação associada ao cateter venoso central (de inserção periférica – epicutâneo). As evidências e fatores relacionados são também as ambicionadas para o resultado esperado.

DISCUSSÃO

Respeitando as orientações bibliográficas encontradas, no sentido da evidência e produção científica sobre o tema em estudo, procurou-se sustentar as intervenções de enfermagem contempladas no plano de cuidados construído, de maneira a justificar a sua pertinência.

No que concerne às intervenções delineadas para o diagnóstico inflamação atual na perna direita, planearam-se intervenções que despistam a existência de sinais inflamatórios, o que, segundo Rodrigues (2020), é o rubor, dor, edema e calor. Neste sentido, é importante avaliar e vigiar a pele de modo a identificar algum destes sinais. Sendo a dor um dos sinais inflamatórios, é importante que seja monitorizada com uma escala adequada e controlada, tanto com estratégias farmacológicas como não farmacológicas. O edema pode comprometer a normal perfusão sanguínea, daí a importância de avaliar a perfusão dos tecidos, principalmente do pé.

Por sua vez, aquando do planeamento das intervenções para o diagnóstico de parentalidade comprometida, atendeu-se ao facto de transição para a parentalidade acarretar sensibilidade e suscetibilidade. Segundo demonstrado no caderno “Adaptação à parentalidade durante a hospitalização” (OE, 2015), “a doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade” (p. 11).

Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro procure estabelecer com a família uma relação terapêutica de confiança, para iniciar assim o seu processo de assistência à criança com a família, na maximização da sua saúde, tal como dita o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ([RCEEEESIP], 2018). A vulnerabilidade a que os pais estão sujeitos justifica que o enfermeiro represente um elemento que presta apoio.

Importa referir, no âmbito do caso exposto, a importância de esclarecer dúvidas e de informar sobre o processo de saúde, uma vez que, segundo a OE (2015), é essencial transmitir e validar a informação transmitida aos principais cuidadores e que este processo seja feito de acordo com a sua literacia e vontade. Isto permite que os pais estejam mais envolvidos nos cuidados. A OE (2015) reforça que a informação transmitida aos pais aumenta a autoconfiança dos pais e permite-lhes gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização.

Quanto aos irmãos mais velhos da L.B., foi importante orientar a mãe para lhes explicar a razão da sua ausência no ambiente familiar. Hilkner et al. (2019), refere que os irmãos das crianças hospitalizadas recebem menos atenção pela família e que a perceção da doença dos irmãos causa vulnerabilidade e a sensação de exclusão. Assim, estas crianças devem ser integradas no processo de saúde/doença que o irmão está a passar, de modo que o bem-estar destes não seja comprometido (Hilkner et al., 2019).

No âmbito do caso clínico descrito, é essencial que se valide o processo de tomar conta, visto que foram identificados aspetos a ter em atenção, mais especificamente, a segurança e a alimentação. Inerente à segurança surgem as quedas, as quais constituem um tema de grande importância na segurança da população pediátrica hospitalizada, pelo que a sua monitorização é essencial. Assim, se justifica a pertinência da mãe da recém-nascida em estudo ser alertada para as precauções de segurança durante a hospitalização e, em caso extremos, posicionar a recém-nascida em segurança no berço e com as grades elevadas (Santos, 2012).

Por fim, as intervenções relacionadas com o diagnóstico risco de complicação associado ao cateter venoso central (de inserção periférica – epicutâneo), basearam-se no Parecer nº161/2009: Inserção de cateter epicutâneo da OE (2009). Neste sentido, é importante que o enfermeiro ESIP seja capaz

de despistar complicações associadas a este dispositivo, bem como manuseá-lo adequadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante os resultados, conclui-se que no presente caso clínico os diagnósticos de enfermagem inerentes à intervenção especializada do enfermeiro especialista em ESIP são a parentalidade comprometida, a inflamação atual e o risco de complicação associado ao cateter venoso central (de inserção periférica – epicutâneo).

O presente estudo de caso proporcionou que se alcançassem os objetivos propostos e, consequentemente, que se desenvolvessem competências que um enfermeiro especialista em ESIP deve deter. Assim, as competências trabalhadas foram o cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, mais especificamente, responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, principalmente, promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

Naturalmente, foram várias as limitações experienciadas, realçando-se o pouco tempo disponível para elaborar e corresponder à exigência do trabalho. Para além disso, há a realçar ainda a complexidade na procura e seleção de bibliografia científica adequada. A síntese e articulação do conteúdo selecionado, de forma explícita e inequívoca, constituiu também um desafio. Porém, o desejo pessoal de atingir os objetivos propostos inicialmente foi a principal estratégia motivadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro. (2016). *Cancro Pediátrico*. <https://www.acreditar.org.pt/pt/base1/68>

Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-12.

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

Cardoso, S. (2016). *Transição para a Parentalidade na Prematuridade: Intervenções do Enfermeiro Especialista* (Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16770?mode=full>

Care Case Report Guidelines. (2013). *CARE Checklist*. <https://www.care-statement.org/checklist>

Conselho Internacional de Enfermagem. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. ICN

Fernandes, A. P., Vale, M. J., Costa, A., Malheiro, L. & Graça, F. (2005). Osteomielite Aguda/Artrite Séptica no Período Neonatal. Revisão de 10 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(5), 239-244. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/43/20130125094205_artigo_original_239.pdf

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Fragoso, M.F.B.R. (2019). *Pseudoparesia de um membro na osteomielite neonatal* (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/43250>
- Hilkner, S. H., Beck, A. R. M., Erika Zambrano Tanaka, E. Z. & Dini, A. P. (2019). Perceções de irmãos de crianças hospitalizadas por doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20). <https://doi.org/10.12707/RIV18074>
- Lima, C., Santos, J., Magalhães, A., Caldas, C., Erdmann, A. & Santos, I. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem Uerj*, 24(5), 1-5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>
- Lopes, A. (2022). *Oncologia pediátrica: Qualidade de vida e estado nutricional* (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Nutrição Clínica). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/131540>
- Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança* (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.2/61784/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>
- Marques, G., Araújo, B., & Sá, L. (2017). The impact of cancer on healthy siblings. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1992-1997. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0449>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middlerange and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing - Development and Progress* (5th ed.). Pensilvânia: Lippincott Williams & Wilkins
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Parecer nº161/2009: Inserção de cateter epicutâneo*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/conteudos/parecer-sobre-inser%C3%A7%C3%A3o-de-cateter-epicut%C3%A2neo/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_I_II.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf
- Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica (2022). *Cancro Pediátrico – dados Estatísticos*. <https://www.pipop.info/pais-e-amigos/cancro-pediatrico/dados-estatisticos/#dados-nacionais>
- Santos, L.L. (2012). *Promover Ambiente Seguro em Contexto Pediátrico: Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção de Quedas na Criança e no Jovem em Ambiente Hospitalar* (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16133>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional como foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada

CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>

Souza, C. S. (2003). Infecções de tecidos moles: Erisipela, celulite, síndromes infecciosas mediadas por toxinas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 36(2/4), 351-356. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p351-356>

Teixeira, S. F. V. (2021). *Infecções da pele causadas por Staphylococcus aureus resistente à meticilina* (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10466/1/PPG_38887.pdf

Regulamento n.º 422/2018. Diário da República II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 29-11-2022]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

APÊNDICE B – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS A UM ADOLESCENTE INTERNADO NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

Ana Viveiros^{1,2}

¹Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

²Serviço Regional de Saúde

RESUMO

Introdução: Os acidentes constituem a maior causa de morte e a segunda maior de hospitalização nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos. Estes têm repercussões tanto no adolescente, como na família e, assim sendo, despoletam um processo de adaptação. É, então importante, que o EESIP intervenha na prevenção dos acidentes, procurando promover a prática das medidas de segurança. **Objetivos:** Aprofundar conhecimentos sobre estratégias de atuação e intervenções de enfermagem junto da criança submetida a cirurgia e família na ótica do EESIP. **Método:** Estudo qualitativo com recurso à metodologia de estudo de caso combinado com revisão de literatura sobre acidentes e segurança na adolescência. No processo de enfermagem incluíram-se a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. **Resultados:** A análise do caso de um adolescente submetido a cirurgia após um acidente de bicicleta que levou ao levantamento de diagnósticos relacionados com o processo patológico, nomeadamente a potencialidade de cicatrização das feridas e o risco de compromisso neurovascular e, também, trabalhar a prevenção dos acidentes através da identificação dos conhecimentos sobre segurança e a promoção da adesão aos mesmos. **Conclusão:** A aplicação da teoria das transições de Afaf Meleis à presente situação da prática clínica permitiu perceber a complexidade do processo de transição que é a adolescência aliado à transição de saúde/doença que um acidente com necessidade de cirurgia e internamento impões num adolescente.

Palavra-chave: estudo de caso, enfermagem pediátrica, adolescente, prevenção de acidentes, família.

INTRODUÇÃO

Os adolescentes são na sua generalidade saudáveis e apresentam os mais baixos níveis de mortalidade e morbilidade quando comparados com as restantes faixas etárias. A adolescência é um período decisivo no desenvolvimento pessoal e importante para a assimilação de comportamentos saudáveis que têm implicações no futuro (Trinco, M. E. M., Santos, J. C. & Barbosa, A., 2017).

Nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos, a principal causa de mortalidade são os acidentes, além de serem a segunda maior causa dos internamentos (Associação para a

Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2022).

As inúmeras mudanças que a pessoa experimenta ao longo do ciclo vital requerem processos de adaptação constantes e variados, em busca de um ponto de equilíbrio ótimo entre dois estados diferentes proporcionados pelo contexto biopsicossocial onde a pessoa se insere (Santos et al., 2015). Este processo de adaptação à mudança é entendido como “transição”, descrito por Meleis (2010) como um evento multidimensional e complexo que exige da pessoa uma reestruturação interior, dependente de um conjunto de fatores facilitadores e/ou inibidores que influenciam a

sua passagem por um estado de instabilidade até atingir um novo estado de organização plena.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis confere à disciplina de enfermagem um olhar atento sobre os processos transacionais que a pessoa vivencia, já que coloca o enfermeiro numa posição privilegiada enquanto mediador da adaptação à mudança (Lima et al., 2016). Apesar de a natureza das transições preconizadas por Meleis (2010) ser de várias ordens e poderem ocorrer em simultâneo, destacam-se aquelas que dizem respeito a processos de saúde-doença para efeitos do presente estudo de caso. Segundo a autora, a ocorrência de uma patologia ou condição de saúde menos positiva implica a ativação da transição saúde-doença, não só por parte da pessoa doente, como também das pessoas que intimamente a rodeiam (Meleis, 2012).

No âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, os processos de doença que afetam um jovem previamente saudável comprometem inequivocamente o bem-estar familiar, na medida em que a sua estrutura e organização sofrem com as repercussões inerentes ao cuidar de uma criança mais ou menos dependente no autocuidado. Deste modo, é fundamental que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) acompanhe de perto o adolescente e família que passam pela transição saúde-doença, por forma a que esta volte ao melhor e mais estável estado de saúde possível. De acordo com Cardoso (2016), o enfermeiro deve revelar na sua prática a sua intencionalidade e objetivar, no seu todo, a promoção de uma transição saudável, em que se verifica um trabalho conjunto com a família na redefinição de papéis e significados, no ajuste das expectativas, na reestruturação das rotinas diárias e no desenvolvimento de competências para lidar com a transição saúde-doença-saúde.

De modo a sistematizar a atuação do enfermeiro junto das famílias sensibilizadas pela doença que ocorre em algum dos seus elementos, a enfermeira portuguesa Maria

Henriqueta Figueiredo (Figueiredo, 2012) desenvolveu o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), inspirado no clássico Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar em concordância com as perceções dos enfermeiros de Portugal na sua interação com as famílias. Indo ao encontro da Teoria das Transições de Afaf Meleis, o MDAIF é adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e objetiva “ser interativo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança” (Figueiredo, 2009, p. 267). De acordo com Figueiredo (2009), e na perspetiva dos cuidados especializados à criança e família, é “essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição” (p. 32).

Através do MDAIF, é então possível que os enfermeiros estabeleçam um percurso minucioso na avaliação e identificação das necessidades das crianças e famílias, determinando de igual modo um conjunto detalhado de intervenções que visem dar resposta aos problemas reconhecidos como prioritários, sejam eles reais ou potenciais (Figueiredo, 2012). O modelo adaptado e adotado na prestação de cuidados às famílias portuguesas remete para a importância do processo de enfermagem enquanto instrumento de trabalho que permite ao enfermeiro organizar a sua prática em torno da dinâmica dos diferentes sistemas familiares.

Nesta ordem de ideias, um adolescente que sofre um acidente e que precisa de ser hospitalizado vivencia duas transições, a inerente à etapa de desenvolvimento e a da doença.

Objetivos

Com a elaboração do presente estudo de caso pretende-se aprofundar conhecimentos sobre estratégias de atuação e intervenções de enfermagem junto da criança submetida a

cirurgia e família na ótica do EEESIP. Para tal, retratar-se-á um caso real presenciado no ensino clínico fazendo uso de modelos e teorias que orientam a prática de enfermagem a par com o processo de enfermagem e com a taxonomia de enfermagem proposta pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) – a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Nesta linha de pensamento, os objetivos específicos são desenvolver conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem ao adolescente submetido a cirurgia, elaborar um plano de cuidados adequado à situação de saúde do adolescente e família, compreender o impacto da cirurgia e da hospitalização no adolescente e família, aprofundar conhecimentos sobre acidentes e segurança na adolescência e refletir sobre a situação clínica selecionada e a importância da mesma no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo com recurso à metodologia de estudo de caso combinado com uma breve revisão de literatura sobre acidentes de transporte terrestre, nomeadamente, de bicicleta e precauções de segurança na adolescência. De acordo com Fortin (2009) e Yin, 2010, citado por Andrade et al. (2017), a metodologia qualitativa e o estudo de caso, respetivamente, contribuem para a exploração, descrição e explicação pormenorizada de casos clínicos reais.

O presente estudo de caso realizou-se num Serviço de Ortopedia e surgiu da procura por responder aos objetivos do Estágio I – Módulo II - Estágio de Pediatria em Unidades de cirurgia inserido no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP).

Assim sendo, esta metodologia encerra em si grande pertinência para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP, uma vez que se estudará um caso real da prática de cuidados de enfermagem à

criança e família internada numa unidade de cirurgia de um serviço de Pediatria.

Estruturalmente recorreu-se às *guidelines* da *Care Case Report Guidelines* (2013) e ao processo de enfermagem, sendo este o método científico utilizado em enfermagem e caracterizado por permitir uma abordagem sistemática e ordenada, o que consequentemente permite o delineamento de cuidados que satisfazem as necessidades dos indivíduos. Portanto, constitui um método útil, pois induz ao pensamento crítico, o que implica que os cuidados prestados sejam baseados em conhecimento científico e na conjuntura biopsicossocial, espiritual e cultural. Posto isto, o presente estudo de caso será analisado pelas etapas e, consoante esta ordem, de avaliação inicial, levantamento de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções, implementação das mesmas e avaliação dos resultados.

Considerando o caso, optou-se por analisá-lo seguindo o modelo orientador do pensamento em enfermagem da Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a Teoria das Transições de Afaf Meleis em complementaridade com o MDAIF.

A elaboração do estudo de caso regeu-se pelas normas de confidencialidade descritas no Código Deontológico e, neste sentido, os nomes envolvidos no caso serão nomeados por siglas.

Caso clínico

O caso reporta à situação de um adolescente, o A.C., nascido a 4 de março de 2007, pelo que ao dia da avaliação tinha 16 anos. O A. foi internado num serviço de Ortopedia Pediátrica após um acidente de bicicleta. O adolescente estava a descer uma estrada inclinada de bicicleta quando um carro saiu de marcha atrás de uma garagem e não o viu, tendo o adolescente embatido no carro. Deste acidente resultou uma queda com fratura do rádio esquerdo e uma ferida traumática no antebraço direito. Após o acidente foi acionado o 112 e cerca de uma hora após os bombeiros transportaram o A.

para o Serviço de Urgência. Nesta unidade foi observado pela ortopedista que deu indicação para o adolescente permanecer em jejum para cirurgia de osteossíntese do rádio esquerdo após ter diagnóstico no raio-x uma fratura de Barton à esquerda, isto é, fratura na região distal do osso rádio. Posto isto, foi submetido a cirurgia sob anestesia geral balanceada e com bloqueio do plexo braquial e axilar, que decorreu sem intercorrências. Após o recobro foi transferido para o Serviço de Ortopedia Pediátrica.

A fratura de Barton é a fratura articular parcial do rádio distal no plano sagital. É comum ocorrer em traumas de alta energia em jovem, tal como foi o acidente do A.. O tratamento é essencialmente cirúrgico (Miyahara et al., 2022).

Durante o internamento ficou acompanhado pela mãe e recebeu visita do pai. Ao segundo dia de internamento, isto é, no dia após o acidente e a cirurgia, apresentou edema com godet ++ nas extremidades do braço esquerdo, incapacidade de mobilizar os dedos do mesmo membro, dor intensa e parestesias. Face a isto, o ortopedista observou o adolescente e deu indicação para realizar elevação do membro superior esquerdo permanentemente, aplicar gelo por períodos e mobilizar os dedos.

A nível de medicação, tinha prescrito paracetamol 1g endovenoso de oito em oito horas, nolutil 2g endovenoso de oito em oito horas e cefazolina 1g uma dose única nas 24 horas após a cirurgia.

De acordo com a APSI (APSI, 2022), os traumatismos e lesões não intencionais (acidentes) são uma das principais causas de morte das crianças e jovens no mundo e a primeira entre os 5 e os 19 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], citado por APSI, 2022). A nível europeu, estima-se que, por ano, ocorram aproximadamente 5000 mortes por acidente desde o nascimento até aos 19 anos (Global Burden Disease, 2019, citado por APSI, 2022).

Em Portugal, são uma das principais causas de morte das crianças e jovens a partir do primeiro ano de vida, sendo a segunda entre os 5 e os 14 anos de idade e a primeira a partir dos 15 anos. Apesar de desde o início dos anos 90 ter ocorrido uma diminuição significativa nas mortes, na última década 66 crianças por ano faleceram devido a acidente, desde o nascimento até aos 19 anos (APSI, 2022).

A principal causa de morte por traumatismo e lesão não intencional são os acidentes rodoviários (cerca de 60%), o que se verifica quer no grupo etário das crianças mais novas (cerca de 40%), quer das mais velhas (cerca de 75%). Ou seja, os acidentes rodoviários são a maior causa de morte accidental e primeira causa de morte em quase todas as faixas etárias (APSI, 2022).

No que concerne aos internamentos, os acidentes rodoviários são a segunda causa de internamento nas crianças e jovens e a principal nos adolescentes entre os 15 e os 18 anos. Ademais, os rapazes são mais vezes internados devido a acidentes (APSI, 2022).

Não obstante, ao longo dos anos, tem havido uma redução no impacto dos acidentes, seja a nível de mortalidade, como internamentos e de chamadas para o 112 encaminhadas para o CODU/INEM. Esta diminuição do número de mortes por acidente permitiu poupar milhares de anos de vida de crianças e jovens, porém os acidentes ainda são uma das principais causas de morte na infância e adolescência (APSI, 2022).

Nesta linha de pensamento é essencial a implementação e execução de políticas e medidas de prevenção dos acidentes e promoção da segurança infantil. O último relatório do European Child Safety Alliance (2012, citado por APSI, 2022), classificou Portugal negativamente, isto é apresentou condições de segurança más ou inaceitáveis, em aspetos como a segurança dos peões, segurança dos utilizadores de bicicleta, segurança na água, prevenção de quedas, prevenção de asfixia e estrangulamento e existência de infraestruturas de apoio à segurança infantil (APSI, 2022).

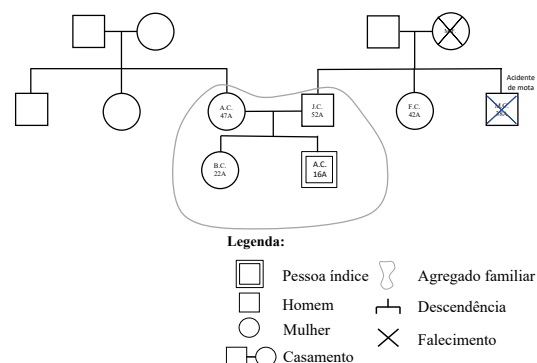
Face a isto e tomando especial atenção aos acidentes rodoviários, medidas como a redução da velocidade automóvel e a existência de condições de segurança e acessibilidade em zonas residenciais, perto de escolas e de zonas de brincadeira e lazer, a obrigatoriedade de utilização do capacete quando se anda de bicicleta são úteis e eficazes e condições de segurança nas zonas residências para que as crianças possam brincar mais na rua (APSI, 2022).

Com intuito de explicitar a estrutura e dinâmica familiar, proceder-se-á à avaliação segundo o MDAIF. Este modelo está estruturada em três categorias avaliativas, as quais são a dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

A dimensão estrutural do MDAIF avalia a estrutura da família, como um sistema aberto em que o seu processo transformativo é influenciado pelos diversos níveis estruturais do ambiente. Esta dimensão engloba oito subcategorias, que avaliam a composição da família, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos, a classe social, o edifício residencial, o sistema de abastecimento e o ambiente biológico (Figueiredo, 2012).

No caso em estudo, tal como ilustra a figura 1 – Genograma, trata-se de uma família constituída pela pessoa índice, o adolescente A.C., pela sua mãe, a Sra. A.M.A.C. de 47 anos, o pai, o Sr. J.S.C.C. de 52 anos e a irmã A.B.A.C. de 22 anos. Este agregado familiar constitui uma família tradicional e nuclear, uma vez que, e em concordância com a definição de família nuclear de Figueiredo (2012), compõe-se pelo casal heterossexual e casado e pelos seus dois filhos biológicos.

Figura 1 – Genograma



Durante o internamento não foi possível realizar a avaliação completa e pormenorizada da família extensa. Não obstante sabe-se que o pai do A. tem um irmão que faleceu num acidente de moto e que a proximidade é maior com a família paterna, pois a família materna vive num conselho mais distante, o que faz com que o contacto seja menor. Assim sendo, o vínculo com a família paterna é bidirecional e forte e com a família materna é bidirecional e intermédio.

Os sistemas mais amplos englobam a escola profissional onde o adolescente frequenta o curso profissional de informática e o grupo de amigos do adolescente. Relacionado com a família no geral, tem o trabalho dos pais e os vizinhos.

O A. frequenta o décimo ano do curso profissional de informática numa escola profissional, no qual enveredou por ter interesse no funcionamento dos computadores. No entanto, demonstrou não estar motivado para estudar, optando por garantir que tem notas suficientes para concluir o décimo ano. Ademais, a mãe refere que o adolescente passa a maior parte do tempo com os amigos, dando prioridade à realização de atividades com estes aos estudos. A mesma referiu que já alertou o A. para a importância de estudar, contudo sem sucesso. Nesta ordem de ideias, a relação entre a escola e o A. é bidirecional mas fraca. Já com os amigos é bidirecional e forte e constituem um apoio emocional. Por sua vez, com o trabalho dos pais a relação é intermédia e bidirecional, o que permite à família

compreensão e flexibilidade suficiente à organização familiar. Com os vizinhos persiste uma relação bidirecional e intermédia. É de realçar que foram os vizinhos a ajudar o A. logo após o acidente, nomeadamente uma vizinha profissional de saúde que prontamente acionou os bombeiros.

No que concerne à classe social, sabe-se que os rendimentos que servem de sustento à família são provenientes do trabalho dos pais. Neste sentido, os rendimentos familiares são suficientes para cumprir com todas as necessidades básicas.

Quanto à residência, a família vive numa moradia de que são donos nas zonas altas da cidade onde residem. O edifício habitacional fica localizado numa zona com bons acessos de carro e pedonais e com transportes públicos. No entanto, os acessos são bastante movimentados em determinadas horas do dia e o caminho principal que dá acesso a casa é inclinado e estreito. Não foi possível obter informações, dado à priorização do rastreio de dados, sobre o sistema de abastecimento e o ambiente biológico.

A dimensão de desenvolvimento do MDAIF possui um papel preponderante na compreensão de fenómenos relativos ao crescimento da família, fazendo uso de uma abordagem processual e contextual. Isto implica o conhecimento do percurso do ciclo vital da mesma, em consonância, com a identificação dos processos de transição únicos e específicos do crescimento de cada família. Neste seguimento, a presente dimensão engloba quatro categorias, mais especificamente a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental (Figueiredo, 2012).

Nesta ordem de ideias, a etapa do ciclo vital que a presente família se insere é família com filhos adolescentes e adultos (Relvas, 2000, citado por Figueiredo, 2012). A irmã do A. tem 22 anos e frequenta a universidade, porém, segundo a mãe, com insucesso escolar. A relação entre os dois é boa.

Em termos de satisfação conjugal, os pais estão casados e vivem juntos, partilhando

ambos as responsabilidades. No entanto, e em relação ao papel parental, nomeadamente a educação dos filhos, a Sra. A. demonstra um comportamento mais rígido e com maior disciplina, sem descorar o carinho. Pelo contrário, o Sr. J.C. é descontraído e encarou o acidente do filho como um incidente comum, não estando preocupado com as normas de segurança. As restantes tarefas do papel parental, tal como a alimentação, higiene, atividade física, sono, atividades de lazer, vigilância de saúde e vacinação e consequentes estilos parentais (Figueiredo, 2012) são predominantemente asseguradas pela mãe, ou seja, ambos colaboram, mas a Sra. A.C. é que orienta. Neste sentido, e fazendo alusão ao conhecimento sobre prevenção de acidentes e segurança, constatou-se que a mãe é conhecedora dos comportamentos necessários, porém o A. nem sempre cumpre com o recomendado pela mãe, o que é comum à sua faixa etária.

Quanto ao planeamento familiar e adaptação à gravidez, foi possível saber através da história clínica da gravidez do A. que a mesma foi planeada, vigiada e decorreu sem intercorrências.

A dimensão funcional do MDAIF alude aos padrões de interação familiar, que permitem a realização das funções e das tarefas familiares, de forma a complementar o sistema e proporcionando a execução das suas finalidades enquanto família. Esta categoria é avaliada segundo duas dimensões, a instrumental e a expressiva, nas quais se determina os aspetos relativos às atividades de vida e as interações entre os membros da família, respetivamente (Figueiredo, 2012).

A avaliação instrumental pressupõe a avaliação do papel de prestador de cuidados, o que implica a identificação prévia do nível de dependência dos elementos do agregado familiar, de modo a compreender se algum é dependente em algum dos tipos de autocuidado descritos pela ICN (Figueiredo, 2012), sendo que dar-se-á destaque ao adolescente, visto ser a pessoa foco dos cuidados.

Neste sentido, o A. é totalmente independente dos pais nas atividades de vida, mas em algumas situações necessita de orientação. Inerente à situação atual de doença é, também, dependente dos profissionais de saúde do serviço para a vigilância da situação de doença e administração de terapêutica.

A avaliação do processo familiar pressupõe a compreensão das dimensões operativas comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

No que concerne à comunicação, a família mantém uma comunicação clara e direta.

Em relação ao *coping* familiar é eficaz, pois a família e o A. reorganizaram a sua dinâmica diária e encontraram estratégias facilmente para se adaptarem às mudanças.

Por sua vez quanto à interação de papéis familiares, a família é consensual em todos os papéis familiares possíveis, não havendo conflitos ou saturação dos mesmos. Neste seguimento, os pais assumem o papel de provedor, de gestão de rendimentos e recreativo.

Concernente à relação dinâmica, nomeia-se como acontecimentos marcantes o acidente e o internamento. Em termos de alianças e uniões, temos que existem alianças positivas dentro entre os vários elementos da família.

Por fim, é momento de averiguar as crenças familiares, pelo que se verificou, que é uma família católica não praticante e que face ao internamento do adolescente apresentaram uma atitude positiva e de esperança.

RESULTADOS

Uma vez reunidos os dados mais pertinentes ao longo da apreciação inicial, segue-se a apresentação dos focos de enfermagem que se consideraram de interesse, sendo eles ferida cirúrgica, ferida, infeção, processo neurovascular, segurança, edema e dor.

Da colheita de dados e correspondente avaliação inicial podem surgir inúmeros

diagnósticos de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem pertinente deve centrar-se nas necessidades mais emergentes da criança/jovem e família, sejam elas reais o potenciais (ICN, 2019). Assim, a partir da seleção dos focos supramencionados, levantaram-se alguns diagnósticos de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista em ESIP.

Juntamente, e após priorização dos focos de intervenção do enfermeiro especialista em ESIP, segue-se planeamento de intervenções de enfermagem que, na forma de um plano de cuidados, compõe a terceira etapa do processo de enfermagem. Desta fase farão parte as intervenções de enfermagem que o enfermeiro e a família julgam serem as mais adequadas para satisfazer as necessidades de saúde priorizadas e que vão ao encontro dos resultados esperados.

Antes de se trabalharem quaisquer problemáticas identificadas, é essencial que o enfermeiro especialista em ESIP se guie pelos princípios básicos da disciplina de enfermagem e estabeleça uma relação terapêutica e de confiança com o adolescente e respetiva família, envolvendo todos os seus elementos no plano de cuidados, negociando a participação de cada um deles (OE, 2011). Não menos importante, o enfermeiro deve encorajar a expressão de sentimentos e emoções, livre de juízos ou opiniões pessoais, escutando-os ativamente. O elogio pelo comportamento de procura de saúde e adesão ao plano de cuidados de saúde por parte da família deve também ser contemplado, já que o reforço positivo motiva o ser humano a manter comportamentos (OE, 2011).

Com enfoque no problema que levou o A.C. a recorrer aos cuidados de saúde, surge o diagnóstico **potencialidade para cicatrização das feridas (traumática e cirúrgica)**. O foco cicatrização da ferida é definido pela CIPE (ICN, 2019), como “Cura”. Apesar de ferida cirúrgica e traumática não constituírem focos deste

diagnóstico, individualmente são focos, pelo que se considera importante a sua definição. Assim sendo, ferida cirúrgica é definido pela CIPE (ICN, 2019) como Ferida: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus.

Por sua vez, ferida traumática é definido pelo mesmo autor como

Ferida: solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele; mucosa ou tecido; tecido doloroso e magoado; drenagem e perda de soro e sangue; associada a tecido pouco limpo, sujo ou infetado (ICN, 2019).

O juízo potencialidade é descrito como um “Estado” (ICN, 2019). As evidências que sustentam este diagnóstico são o facto de o adolescente apresentar uma ferida cirúrgica no antebraço esquerdo e uma ferida traumática no antebraço direito. Esta ferida tem características circulares e com um diâmetro de 2cm. O leito da ferida apresenta tecido de fibrina e os bordos estão íntegros e regulares. Por sua vez, a ferida cirúrgica está suturada com pontos, apresenta os bordos coaptados e sem sinais inflamatórios. Contudo, o membro onde se encontra a ferida está edemaciado. Os fatores relacionados a este diagnóstico são o facto de ser um adolescente saudável, de estar motivado para tratado e de ter um apoio familiar positivo.

Posto isto, para o diagnóstico de potencialidade de cicatrização das feridas (traumática e cirúrgica), e tendo por base os achados clínicos descritos na apreciação inicial, definiram-se como intervenções para atingir cicatrização das feridas (traumática e cirúrgica) em progressão:

- ◆ Explicar o processo de cicatrização das feridas: fisiologia da cicatrização, com discurso adequado ao adolescente;
- ◆ Prevenir a dor associada à execução dos tratamentos às feridas;
- ◆ •Gerir terapêutica analgésica;
- ◆ Aplicar técnica de distração;
- ◆ Permitir o apoio da mãe.
- ◆ Vigiar pensos das feridas;
- ◆ Avaliar evolução da cicatrização das feridas: conteúdo drenado, dimensões, características do leito e bordos da ferida, pele periférica à ferida;
- ◆ Ensinar sobre cuidados com o penso da ferida: manter o penso da ferida limpo e seco, manter a higiene local, prevenir pele húmida, evitar acidentes e traumatismos no local da ferida, evitar movimentos bruscos do pescoço;
- ◆ Executar tratamento à ferida traumática: lavar com soro fisiológico, limpar com compressa esterilizada, aplicar sulfadiazina de prata e cobrir com compressas e adesivo hipoalérgico, todos os dias;
- ◆ Executar tratamento à ferida cirúrgica: lavar com soro fisiológico, limpar com compressa esterilizada e cobrir com compressas e adesivo hipoalérgico, todos os dias;
- ◆ Administrar medicação: profilaxia da infeção do local cirúrgico – cefazolina 1g endovenosa durante 24h após cirurgia;
- ◆ Orientar antecipadamente para identificar sinais de alarme: penso repassado, hemorragias, cheiro fétido, rubor e/ou prurido;
- ◆ Explicar cuidados a ter com as cicatrizes após feridas cicatrizadas: aplicar creme hidratante e massajar com movimentos circulares, evitar exposição solar direta e aplicar protetor solar;

- ♦ Assegurar a continuidade dos cuidados após-alta: marcação de consulta no centro de saúde da área de residência (tratamento às feridas e remoção dos pontos da ferida cirúrgica).

Através da implementação destas intervenções pretende-se que no momento da alta a ferida traumática mantenha os bordos íntegros e regulares, que a ferida tenha diminuído, que se mantenha sem infeção e que tenha menos tecido de fibrina e mais de epitelização. Além disto, pretende-se que a ferida cirúrgica mantenha os bordos coaptados e sem sinais inflamatórios.

Estreitamente relacionado com as complicações pos-operatórias de uma cirurgia a um osso de uma extremidade, levantou-se o diagnóstico **risco de processo neurovascular comprometido**. O foco processo neurovascular comprometido é definido pela ICN (2019) como o foco “Processo neurovascular”, o qual por sua vez é descrito por “Processo vascular: processo relativo aos sistemas nervoso e vascular.”. O juízo comprometido remete para “Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz”. As evidências deste diagnóstico de enfermagem são o facto do adolescente apresentar o antebraço esquerdo edemaciado com sinal de godet ++, parestesias nos dedos, dor intensa e incapacidade de mobilizar a mão e os dedos esquerdos. Como fatores relacionados identifica-se a cirurgia, a fratura do osso rádio e os cuidados de enfermagem.

Nesta ordem de ideias, para o diagnóstico de risco de processo neurovascular comprometido delinearam-se como intervenções para atingir nenhum processo neurovascular comprometido:

- ♦ Explicar sobre risco de compromisso neurovascular;
- ♦ Avaliar sinais vitais: tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigénio;
- ♦ Avaliar dor: escala numérica (três vezes por turno);

- ♦ Avaliar edema com escala de Godet;
- ♦ Vigiar perfusão de tecidos;
- ♦ Elevar antebraço (uso de almofadas e de suporte quando deambula);
- ♦ Aplicar gelo (por períodos de 15 minutos 3 vezes por turno);
- ♦ Incentivar mobilidade dos dedos;
- ♦ Administrar analgesia (paracetamol 1g e nolutil 2g endovenoso);
- ♦ Assegurar a continuidade dos cuidados após-alta: marcação de consulta no centro de saúde da área de residência.

Estas estratégias têm como objetivo que ao momento da alta o A. não apresente edema no antebraço esquerdo, nem parestesias das respetivas extremidades. É também esperado que consiga mobilizar a mão e que tenha a dor controlada.

O outro diagnóstico que se evidenciou importante trabalhar foi a **adesão a precauções de segurança comprometida**. De acordo com a CIPE (ICN, 2019), o foco adesão a precauções de segurança é descrito como “Adesão ao regime terapêutico”. As evidências que suportam este diagnóstico são o facto de o adolescente demonstrar conhecimentos sobre segurança, nomeadamente, segurança rodoviária e no uso da bicicleta, mas não aderir, uma vez que não estava a utilizar capacete no acidente e que utiliza a bicicleta como meio de transporte em estradas com muito trânsito automóvel. Como fatores relacionados existe o facto de ser um adolescente e de os pais nem sempre tomarem conhecimento do que o adolescente está a fazer.

Com o intuito de se atingir o diagnóstico adesão a precauções de segurança melhorada, as intervenções implementadas foram:

- ♦ Instruir sobre medidas de segurança (rodoviárias, importância da condução defensiva, do uso do capacete e de roupa adequada, manter distância do carro que vai à frente);
- ♦ Orientar sobre características do ambiente (adequar a velocidade às

condições atmosféricas, tipo de estrada e trânsito);

- ◆ Incentivar comunicação com familiares;
- ◆ Incentivar papel parental (vigilância das medidas de segurança).

Estas estratégias têm como objetivo que o A.C. continue a utilizar a bicicleta, mas cumprindo as normas de segurança.

As intervenções delineadas anteriormente foram aplicadas na prática de cuidados. A sua aplicação foi bem recebida pelo adolescente e família e proporcionaram melhorias no estado de saúde do A.C.. Naturalmente, a sua aplicação foi negociada com o adolescente e com a mãe e, na medida do possível, potenciou-se a sua autonomia.

A avaliação de resultados consiste na quinta e última fase do processo de enfermagem e circunscreve uma avaliação comparativa entre os estados de saúde inicial e final do cliente alvo da implementação das intervenções delineadas (Phaneuf, 2001). Para além de determinar a eficácia das intervenções planeadas e a sua contribuição sobre os resultados esperados, esta avaliação final permite que se estipulem novos objetivos e se reajuste o plano de cuidados em conformidade.

O resultado esperado relativo ao diagnóstico potencialidade para cicatrização das feridas (traumática e cirúrgica) foi atingido, uma vez que ambicionou-se atingir cicatrização das feridas (traumática e cirúrgica) em progressão e o resultado obtido foi igual.

As evidências que sustentam o diagnóstico final são o facto da ferida traumática apresentar características circulares e com um diâmetro de 1,8cm. O leito da ferida mantém tecido de fibrina e os bordos estão íntegros e regulares. Por sua vez, a ferida cirúrgica mantém-se suturada com pontos que deverão ser removidos na comunidade, apresenta os bordos coaptados e sem sinais inflamatórios. Os fatores relacionados a este diagnóstico são o facto de ser um adolescente saudável, de estar motivado para tratado, de ter um apoio

familiar positivo e do cumprimento dos cuidados.

Em relação ao diagnóstico **risco de processo neurovascular comprometido**, o resultado obtido foi nenhum processo neurovascular comprometido. As evidências que sustentam este resultado são o facto de o adolescente apresentar o antebraço esquerdo sem sinal de godet, não ter parestesias nos dedos, ter a dor controlada e ser capaz de mobilizar a mão e os dedos esquerdos. Como fatores relacionados os cuidados de enfermagem e a analgesia.

Por fim, trabalhou-se o diagnóstico relativo à adesão a precauções de segurança comprometida. O resultado obtido foi adesão a precauções de segurança melhorada. As evidências que suportam este diagnóstico são o facto de o adolescente referir que irá tomar as precauções devidas, uma vez que tem receio que volte a acontecer o mesmo. Como fatores relacionados tem-se o efeito do internamento e os cuidados de enfermagem.

DISCUSSÃO

Respeitando as orientações bibliográficas encontradas, no sentido da evidência e produção científica sobre o tema em estudo, procurou-se sustentar as intervenções de enfermagem contempladas no plano de cuidados construído, de maneira a justificar a sua pertinência.

Em relação ao diagnóstico adesão a precauções de segurança comprometido, as intervenções planeadas basearam no facto de que a prevenção é a melhor forma de diminuir os acidentes (Batalha et al., 2016). Na mesma linha de pensamento, a APSI (2022), defende a prevenção de acidentes com base numa cultura de segurança e que responsabiliza os adultos e medidas políticas. Para que tenham sucesso, os jovens devem ser incluídos nas decisões relativas à sua segurança. Brás et al. (2020) sugerem que os enfermeiros realizem educação para a saúde promotora de atitudes que procurem precaver a ocorrência de acidentes.

Comum ao delineamento e implementação das intervenções tem o facto de se ter regido pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Assim, de acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a prestação de cuidados de enfermagem é possível quando as intervenções de enfermagem correspondem às necessidades específicas dos jovens em parceria com os seus pais e/ou família, uma vez que estes são quem melhor presta cuidados aos seus filhos, tendo um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Loureiro et al., 2021). Como tal, é incontestável que a relação entre os enfermeiros e os pais e/ou familiares constitui-se essencial para a adequação dos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante os resultados, conclui-se que no presente caso clínico os diagnósticos de enfermagem inerentes à intervenção especializada do enfermeiro especialista em ESIP são a potencialidade para a cicatrização das feridas (traumática e cirúrgica), adesão a precauções de segurança comprometida e risco de processo neurovascular comprometido.

O presente estudo de caso proporcionou que se alcançassem os objetivos propostos e, consequentemente, que se desenvolvessem competências que um enfermeiro especialista em ESIP deve deter. Assim, as competências trabalhadas foram, principalmente, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e respetiva otimização das respostas e a promoção da autoestima do adolescente e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

Naturalmente, foram várias as limitações experienciadas, realçando-se a gestão de tempo. Para além disso, há a realçar ainda a complexidade na procura e seleção de bibliografia científica adequada. A síntese e articulação do conteúdo selecionado, de forma

explícita e inequívoca, constituiu também um desafio. Porém, o desejo pessoal de atingir os objetivos propostos inicialmente foi a principal estratégia motivadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). *Relatório de avaliação: 30 anos de segurança infantil em Portugal 2022*. Obtido em https://apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Batalha, S., Salva, J., Albuquerque, C., Cunha, F. & Sousa, H. (2016). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Pediátrica Portuguesa*, (47), 30-37. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12717>
- Brás, A., Quitério, M. & Nunes, E. (2020). Intervenções do enfermeiro na prevenção de quedas na criança hospitalizada: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
- Care Case Report Guidelines. (2013). *CARE Checklist*. <https://www.care-statement.org/checklist>
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. ICN
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

- <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Lima, C., Santos, J., Magalhães, A., Caldas, C., Erdmann, A. & Santos, I. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem Uerj*, 24(5), 1-5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>
- Loureiro, F., Antunes, A. & Charepe, Z. (2021). Theoretical Nursing Conceptions in Hospitalized Child Care: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middlerange and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing - Development and Progress* (5th ed.). Pensilvânia: Lippincott Williams & Wilkins
- Miyahara, L. K., Morimoto, L. R., Schussel, V., C., Barros, M. P. M. & Castro, A. A. (2022). Fraturas do esqueleto apendicular e critérios de manejo cirúrgico: ensaio iconográfico. *Radiol Bras*, 55(2), 120-127. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2021.0039>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_I_II.pdf
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional como foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Regulamento n.º 422/2018. Diário da República II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 29-11-2022]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Trinco, M. E. M., Santos, J. C. & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivo. *Revista de Enfermagem Referência* 4(13), 115-124. <https://doi.org/10.12707/RIV17008>

APÊNDICE C – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

THE IMPACTS OF TECHNOLOGIES IN PRESCHOOL CHILD DEVELOPMENT

Ana Viveiros^{1,2,3}

Olívia Barcelos¹

Cláudia Fernandes^{1,3}

¹ Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

² Escola Superior de Saúde de Santa Maria

³ Hospital Nélio Mendonça

RESUMO:

Introdução: As tecnologias são uma parte integrante do quotidiano das crianças em idade pré-escolar, pelo que o enfermeiro especialista em ESIP deve conhecer o impacto das mesmas no desenvolvimento infantil.

Objetivo: Identificar o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura efetuada nas bases de dados PubMed, SCIELO, RCAAP e na plataforma EBSCOhost, segundo critérios previamente definidos.

Resultados: O impacto das tecnologias pode ser negativo e positivo, sendo que os mais verificados foram as consequências na socialização, cognição, atenção e concentração.

Conclusão: As tecnologias têm maior impacto negativo do que positivo, pelo que é fundamental que o enfermeiro especialista em ESIP implemente estratégias sobre a sua utilização.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; pré-escolar; tecnologia digital; enfermagem pediátrica

ABSTRACT:

Introduction: Technologies are an integral part of the daily lives of preschool children, so the nurse specialist in Child and Pediatric Health Nursing must know their impact on child development.

Objective: Identify the impact of technologies on the child development of preschool children.

Methodology: Integrative review of the literature carried out in the PubMed, SCIELO, RCAAP databases and on the EBSCOhost platform, according to previously defined criteria.

Results: The impact of technologies can be negative and positive, the most common being the consequences on socialization, cognition, attention and concentration.

Conclusion: Technologies have a greater negative impact than a positive one, which is why it is essential that nurses specializing in ESIP implement strategies on their use.

Keywords: child development; preschool child; digital technology; pediatric nursing

INTRODUÇÃO

Atualmente, o cotidiano da sociedade é marcado pelas tecnologias digitais, como as televisões, os jogos de vídeo, os tablets e os smartphones. O desenvolvimento de ferramentas como os ecrãs táteis e a rede sem fios simplificou a utilização de tecnologias e, consequentemente, a sua integração na vida familiar (Silva, 2021). A facilidade de acesso às novas tecnologias melhorou em vários aspetos o quotidiano, nomeadamente a comunicação, o acesso à informação, a educação, a acessibilidade a serviços, entre outros (Santos et al., 2020). Assim sendo, a utilização de tecnologias é uma constante na atualidade, implicando que as crianças estejam expostas e as

utilizem cada vez mais e desde tenra idade.

Diariamente, observam-se crianças a usar dispositivos tecnológicos como método de aprendizagem, entretenimento e distração, de forma abusiva e sem acompanhamento de adultos. Sabendo disto, várias questões se colocam sobre a influência desses dispositivos nas crianças.

De acordo com a Pordata (2023), 89% dos agregados domésticos em Portugal em 2023 tinham acesso à internet, o que representa um aumento considerável em relação a 2013, em que o valor era de 62,3% e, ainda mais relevante, comparativamente a 2002, em que apenas 15,1% das famílias tinham acesso à *internet* em casa. A nível da União

Europeia, 93% dos agregados familiares têm acesso a *internet* no domicílio. Os dados mais recentes da Pordato (2023), demonstram que em 2017 71,5% das famílias tinha computador e que em 2022 existiam 14.906.434 telemóveis em Portugal. Um estudo realizado por Rocha e Nunes (2021), com o objetivo de conhecer a utilização dos dispositivos eletrónicos multimédia por crianças dos 0 aos 5 anos em Portugal, verificou que praticamente todas as crianças utilizam algum dispositivo eletrónico em casa e que os mais usados são a televisão e os dispositivos com ecrã tátil. Em média, as crianças passam 85 minutos do seu dia a visionar televisão, seguido dos smartphones e tablets, com um uso em média de 51 min por dia, perfazendo um total de uso de televisão e de ecrãs táteis de 153 minutos por dia. Ademais, 69.1% das crianças utilizam a tecnologia sempre na presença de um adulto e a grande maioria dos pais preocupam-se em providenciar conteúdos adequados à idade e com caráter educativo (Rocha & Nunes, 2021).

A pandemia da COVID-19 causou repetidos confinamentos e encerramentos de escolas e pré-escolas que forçaram as crianças a frequentar as aulas a partir de casa usando dispositivos digitais. Assim, esta transformação drástica aumentou significativamente o

uso digital e o tempo de uso de ecrã entre crianças pequenas em todo o mundo e, assim, acelerou enormemente a digitalização das vidas das crianças (Cao & Li, 2023).

O despoletar das tecnologias da informação e comunicação tornou possíveis novas formas de acesso e distribuição do conhecimento e mudou a forma como as pessoas se relacionam. Naturalmente, associado às novas tecnologias há um leque de efeitos positivos, nomeadamente o potencial educacional no desenvolvimento infantil.

Todavia, a sua má utilização acarreta riscos para o desenvolvimento infantil. É sabido que desde o nascimento as crianças estão expostas passivamente ou ativamente a aparelhos eletrónicos e ecrãs. Apesar dos avanços tecnológicos serem importantes, compreende-se que podem tornar-se um sério problema prejudicando o desenvolvimento infantil quando utilizados inadequadamente (Santos et al., 2020).

Num mundo tão tecnológico é praticamente impossível impedir que isto não aconteça, pelo que a solução é aplicar estratégias que permitam que o uso da tecnologia tenha o mínimo de sequelas e o máximo de aspetos positivos. Neste seguimento, sabendo a importância dos avanços da tecnologia e a constância que é na vida de todos nós, é imperioso pensar

sobre o impacto que as mesmas podem causar, seja ele positivo ou negativo (Santos et al., 2020).

A geração atual de crianças está imersa em um ambiente digital distinto das tecnologias utilizadas nos primeiros passos do desenvolvimento tecnológico. Aos tradicionais dispositivos tecnológicos, como os meios de comunicação televisão e rádio, juntou-se novas tecnologias que promovem, em tempo real, a interação, a socialização e o acesso rápido ao entretenimento e à informação. A principal diferença entre a tecnologia tradicional é o facto de esta ser desenvolvida externamente por uma fonte de produção estabelecida, como um canal de televisão ou um estúdio, enquanto as tecnologias digitais recentes são interativas e permitem que o usuário possa participar ativamente criando ou escolhendo o conteúdo (Chassiakos et al., 2016). Evidentemente, esta mudança de paradigma facilitou o acesso às tecnologias e, concomitantemente, aumentou e alterou o impacto que a tecnologia poderá ter nas crianças.

A primeira infância é considerada uma etapa fundamental para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral (Silva A. Q. et al., 2023). De acordo com a definição MESH (National Library of Medicine, 2023), a idade pré-escolar refere-se ao intervalo dos dois aos cinco

anos. Por sua vez, Whaley e Wong (1989) consideram a idade pré-escolar entre os três e os cinco anos e a OE (2010) entre os três e os seis anos. Independentemente da definição temporal, a idade pré-escolar é caracterizada pelo desenvolvimento da personalidade da criança, nomeadamente da confiança, autonomia e iniciativa, bem como o aperfeiçoamento de competências psicossociais, cognitivas e adaptativas, importantes para a próxima etapa de desenvolvimento (Whaley e Wong, 1989).

Fazendo referência às teorias de desenvolvimento, sabe-se que de acordo com Erikson (OE, 2010), as crianças em idade pré-escolar estão numa fase onde é predominante a imaginação, a exploração do mundo físico e a socialização, tendo os adultos como modelo. A teoria de Piaget, alega que nesta fase do desenvolvimento humano, a criança encontra-se numa fase crítica do desenvolvimento cognitivo, sendo que é capaz de saber se algo está errado, mas não sabe a razão e, ainda, utiliza muitas palavras e não sabe o seu real significado (OE, 2010).

Ademais, o desenvolvimento infantil é moldado pela sociedade e cultura, bem como pelas suas transformações, pelo que as crianças se apropriam criativamente de informações dos adultos para produzir as suas próprias culturas infantis, assumindo em suas brincadeiras e condutas os papéis daqueles

com os quais interagem, aprendendo e produzindo linguagens, rotinas, hábitos e costumes próprios dessas culturas. Deste modo, é imperativo atentar para o modo como as crianças, a geração que nasceu conectada, utilizam e se apropriam destas tecnologias digitais (Silva, 2021). Assim sendo, as crianças em idade pré-escolar são um importante foco de atenção para o enfermeiro especialista em ESIP.

O enfermeiro especialista em ESIP na sua prática de cuidados evidencia-se por prestar cuidados que dão resposta às necessidades específicas de cada etapa do ciclo vital em parceria com os pais e/ou família, uma vez que estes são quem melhor presta cuidados aos seus filhos, tendo um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Loureiro et al., 2021). Como tal, o enfermeiro é um mediador e promotor de uma parentalidade segura e independente, ou seja, auxiliam os pais na transição para a parentalidade. Consequentemente, ao promoverem a parentalidade estão também a contribuir para o desenvolvimento infantil saudável (Kuppens e Ceulemans, 2019). De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas – Promover o desenvolvimento infantil da criança da OE (2010), a promoção do desenvolvimento infantil é facilitada quando promovida em parceria com a família e considerando as circunstâncias

de vida, idade e ritmo. Na mesma ordem de ideias, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), recomendam a implementação de estratégias promotoras, nomeadamente o apoio, o ensino, a instrução e o treino. Os enfermeiros especialistas em ESIP devem intervir junto das famílias para ensinar a correta utilização das tecnologias pelas crianças, de forma a promover o seu melhor desenvolvimento. A intervenção de Enfermagem é essencial, através da sensibilização dos pais e cuidadores, capacitando-os a adequarem a utilização da tecnologia pelas crianças.

Estes pressupostos reforçam a relevância do presente estudo e, assim, coloca-se a seguinte questão: Qual é o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar? Com o intuito de dar resposta a esta questão, ambiciona-se identificar a produção científica relativa ao impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar através de um estudo de revisão integrativa de literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, desenvolvido com a finalidade de reunir e sintetizar

estudos realizados mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado (Sousa et al., 2018a). O estudo orienta-se pelas etapas preconizadas por Sousa, Silva & Carvalho (2010) para as revisões integrativas: elaboração da pergunta norteadora, pesquisa ou amostragem na literatura, colheita de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

De forma a garantir uma pesquisa precisa e relevante, a questão de investigação norteadora do estudo é: Qual é o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar? Na estruturação desta questão, recorreu-se à estratégia PICO (Sousa et al., 2018b): população; fenómeno de interesse e contexto do estudo. Neste estudo o P são as crianças em idade pré-escolar, o I é conhecer o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil e o Co é comunidade.

A colheita de dados decorreu durante o mês de setembro de 2023 na plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews,

Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers e, ainda, nas bases de dados PubMed, SCIELO e RCAAP. Com a intenção de direcionar a pesquisa, fez-se uso dos descritores MESH (Medical Subject Headings) definidos como relevantes para o presente estudo após leitura de artigos referentes à temática: *digital technology*, *child development* e *child, preschool*, que foram aplicados na plataforma EBSCOhost e na PubMed. Na SCIELO e RCAAP aplicaram-se os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): *tecnologia digital*, *desenvolvimento infantil* e *pré-escolar*, que correspondem aos MESH em língua portuguesa. Na pesquisa em todas as bases de dados combinou-se na pesquisa avançada os três descritores MESH/DeCS anteriormente mencionados e utilizando-se o operador booleano “AND”. Construiu-se assim a frase booleana: “((*digital technology*) AND (*child development*) AND (*child, preschool*))”.

Definiram-se como critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos cinco anos (entre janeiro de 2018 e setembro de 2023), redigidos em português ou inglês, que respondem à questão de investigação e em que a população em estudo se encontrasse em idade pré-escolar. O intervalo considerado

como idade pré-escolar seguiu a definição MESH, pelo que a população em estudo tem menos de cinco anos. Como critérios de exclusão definiu-se: texto integral não disponível gratuitamente, artigos duplicados e estudos feitos a crianças com problemas de saúde.

Procedeu-se à extração de dados relevantes através da identificação dos estudos elegíveis nas bases de dados, tendo em conta os critérios de pesquisa definidos, o objetivo e a questão de investigação. Foi realizada a análise e revisão dos artigos selecionados, por título, resumo e texto integral, tendo-se obtido a amostra final. De salientar, que a seleção e validação descrita foi realizada pela investigadora principal e validada por pares (segundo e terceiro elemento). Após a obtenção da amostra final de estudo, foram analisados os dados relevantes tendo-se procedido à análise e interpretação dos resultados e necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em ESIP.

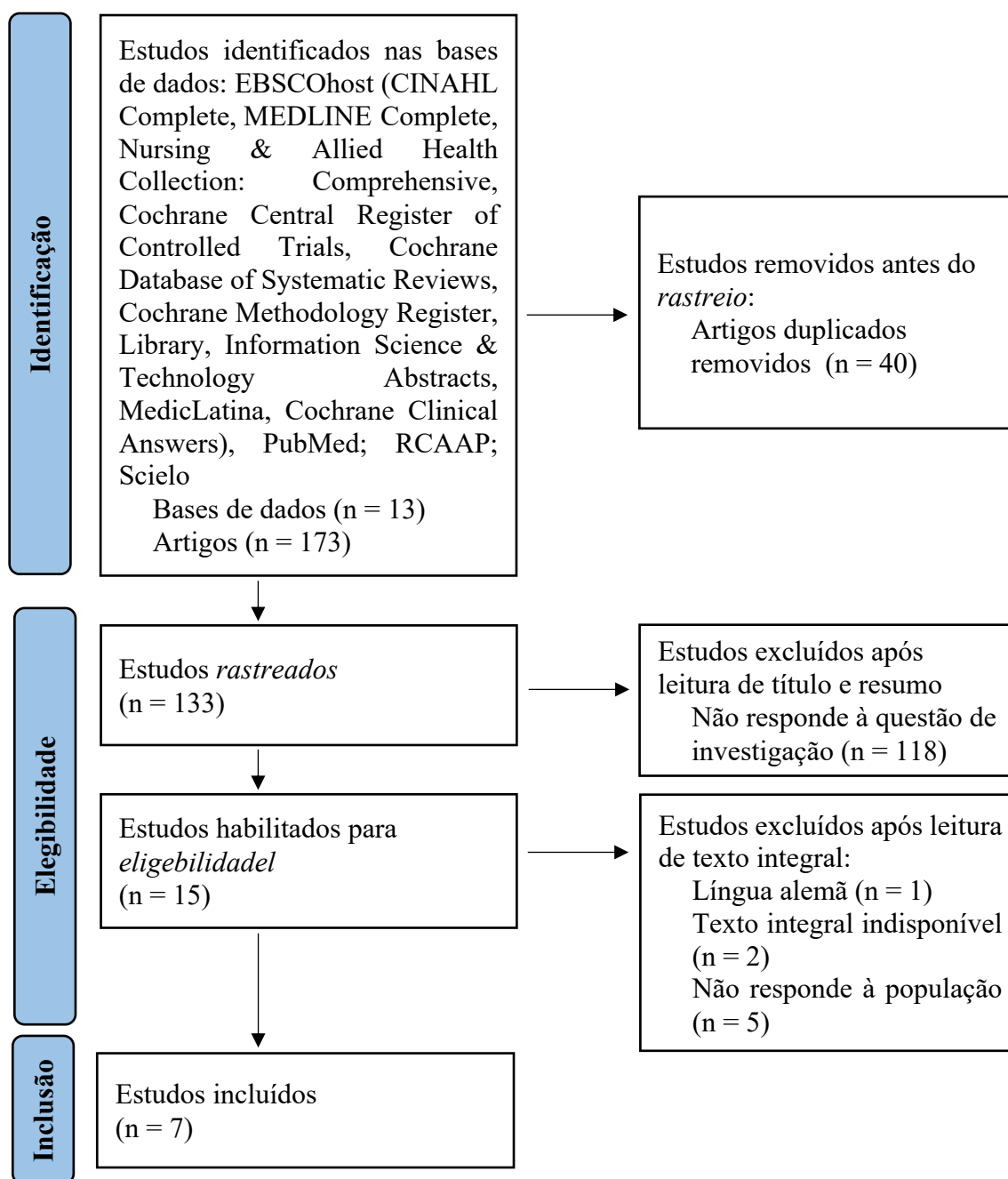
RESULTADOS

No processo de seleção dos estudos recorreu-se ao fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1), onde se encontram documentados todos os passos até à obtenção da amostra final. A pesquisa nas EBSCOhost resultou na identificação de 152 estudos, na PubMed

resultou 21 estudos e no RCAAP e na SCIELO nenhum resultado.

Dos 173 estudos obtidos, 40 estudos eram duplicados (entre os 40 estudos, os 21 disponibilizados pela PubMed foram encontrados na EBSCOhost e os restantes 19 foram encontrados de forma duplicada na EBSCOhost), resultando efetivamente em 133 documentos para seleção aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Após a leitura crítica e reflexiva do título e do resumo, rastrearam-se os estudos considerando os critérios de inclusão e exclusão e, assim, excluíram-se 118 estudos que não davam resposta à questão de investigação, resultando em 15 estudos habilitados para leitura integral do artigo. Após a leitura e análise integral dos 15 estudos, excluíram-se dois que não se encontravam disponíveis em texto integral, cinco que a idade da população não ia de encontro à população em estudo e um artigo de língua alemã. Posto isto, foram incluídos no presente estudo sete estudos, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do PRISMA 2020



Os sete estudos foram submetidos a uma análise criteriosa que permitiu extrair evidência relativamente ao impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. De modo a dar resposta à questão de investigação, extraiu-se as principais

conclusões dos estudos e seguidamente efetuou-se o processo de categorização da informação, conforme exposto na Tabela 1 - Síntese dos estudos integrantes do estudo de revisão integrativa.

Tabela 1 - Síntese dos estudos integrantes do estudo de revisão integrativa

ID	Autor, ano e título	Objetivo	Metodologia	Resultados
E1	Bozzola et al. (2018). Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric society	Analisar as consequências da exposição a dispositivos móveis em crianças em idade pré-escolar.	Revisão de literatura	A tecnologia tem impacto negativo na aprendizagem, desenvolvimento, bem-estar, visão, audição, interação entre a criança e cuidador, desenvolvimento cerebral, atenção, alimentação, realização de tarefas e segurança. Potencia o sedentarismo, o aumento de peso, os problemas comportamentais, a depressão e as posturas inadequadas. O uso de dispositivos tem impacto positivo quando há a interação dos pais com as crianças e quando são utilizados os conteúdos certos.
E2	Straker et al. (2018). Conflicting Guidelines on Young Children's Screen Time and Use of Digital Technology Create Policy and Practice Dilemmas	Articular as diferentes perspectivas das autoridades de saúde e de educação sobre uso de tecnologia digital por crianças em idade pré-escolar.	Revisão de literatura	O uso excessivo de tecnologia digital tem efeitos na saúde física, cognitiva, emocional e social, no bem-estar e no desenvolvimento.
E3	Cernigli & Cimino. (2020). A	Estimular o desenvolvimento	Revisão de literatura	A utilização de dispositivos digitais tem impacto a nível

	Reflection on Controversial Literature on Screen Time and Educational Apps Use in 0–5 Years Old Children	e o avanço das guidelines baseadas na evidência que os cuidadores e educadores podem adotar para regular o envolvimento das crianças em idade pré-escolar com as tecnologias digitais		físico, cognitivo, emocional e social. As aplicações educativas interativas, adaptadas à etapa de desenvolvimento e desenhadas adequadamente são uma oportunidade para a aprendizagem. Porém, não há evidência que comprove que a maioria das aplicações seja eficaz e as existentes dificultam a interação com os adultos e com os pares.
E4	Almuaigel et al. (2021). Impact of technology use on behavior and sleep scores in preschool children in Saudi Arabia	Investigar o impacto do uso de dispositivos digitais no comportamento e no sono em crianças em idade pré-escolar na perspectiva dos pais na Arábia Saudita	<i>Cross sectional</i>	O uso de tecnologia tem um impacto negativo significativo na qualidade do sono e no padrão comportamental diretamente variante da quantidade de uso.
E5	Hutton et al. (2022). Associations between digital media use and brain surface structural measures in	Explorar a relação entre uso de tecnologia e as medidas do córtex e sulco cerebral em crianças	Análise secundária de informação	O elevado uso de tecnologia está associado a menor espessura do córtex e menor profundidade sulcal, ou seja, interfere negativamente com o desenvolvimento de habilidades cognitivas e de competências de linguagem e de literacia.

	preschool-aged children	saudáveis com idade pré-escolar		
E6	Istemic, Rosanda & Gacnik. (2023). Surveying Parents of Preschool Children about Digital and Analogue Play and Parent–Child Interaction	Conhecer a percepção dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o impacto dos diferentes tipos de brincadeiras no desenvolvimento infantil dos seus filhos	Estudo descritivo	Brincadeiras digitais com dispositivos e brinquedos eletrónicos está associado a menores capacidades cognitivas, de linguagem, socio-emocionais e motoras, a obesidade e a problemas de desenvolvimento. Exposição a dispositivos eletrónicos tem efeitos no comportamento, cognição e desenvolvimento socio-afetivo das crianças.
E7	Ponti. (2023). Position Statement Screen time and preschool children: Promoting health and development in a digital world	Reexaminar os potenciais benefícios e riscos da exposição a ecrãs e uso de tecnologia por crianças com menos de 5 anos.	Revisão de literatura	Tempo de ecrã de qualidade é benéfico para o desenvolvimento da linguagem, brincadeira imaginativa, literacia, empatia, autocontrolo, cognição e memória. Contudo o uso excessivo tem impacto negativo na linguagem, atenção, autorregulação de emoções, interação, destreza motora, sono, alimentação, visão, peso e no desenvolvimento cognitivo, social e de competências funcionais executivas.

Assim, em resposta à questão de investigação emergem duas categorias: o impacto positivo e o impacto negativo das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Em ambas as categorias estão englobadas os tipos específicos de impacto.

Posto isto, verifica-se que todos reportam impacto negativo (100%) das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar e cerca de metade (57%) impacto positivo.

Para melhor contextualizar a análise de resultados, foi efetuado o processo de categorização da informação, conforme exposto na Tabela 2 - Categorização do impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Assim, em resposta à questão de investigação emergem duas categorias: o impacto positivo e o impacto negativo das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar. Em ambas as categorias estão englobados os tipos específicos de impacto.

Posto isto, após a organização dos estudos por categorias, verifica-se que todos reportam impacto negativo (100%) das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar e cerca de metade (57%) impacto positivo.

Nesta ordem de ideias, os tipos de impacto positivo verificados nos estudos são impacto na aprendizagem (42,9%)

(Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Straker et al., 2018), no pensamento crítico (14,3%), nas competências executivas (14,3%) (Cernigli & Cimino, 2020), na linguagem (14,3%), na brincadeira imaginativa (14,3%), na literacia (14,3%), no autocontrolo emocional (14,3%), no desenvolvimento cognitivo (14,3%) (Ponti, 2023) e nas competências digitais (14,3%) (Straker et al., 2018).

Por sua vez, quanto à categoria impacto negativo constatou-se que as tecnologias prejudicam o sono (Bozzola et al., 2018; Almuaigel et al., 2021; Ponti, 2023), o comportamento (Bozzola et al., 2018; Almuaigel et al., 2021; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023), a educação e aprendizagem, o bem-estar (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018), a destreza motora (Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), a visão (Bozzola et al., 2018; Hutton et al., 2022; Ponti, 2023), a audição (Bozzola et al., 2018), a linguagem (Bozzola et al., 2018; Hutton et al., 2022; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), a interação entre a criança e o cuidador/pais (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020), a socialização, a cognição, a atenção e concentração (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Hutton et al., 2022; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), a alimentação (Ponti, 2023),

a segurança (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Straker et al., 2018), literacia (Hutton et al., 2022), e o estado emocional e psicológico (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023). Constatou-se ainda que, o impacto das tecnologias pode se expressar em sobrepeso ou obesidade (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023), adição (Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020), sedentarismo, posturas inadequadas e desconforto físico (Bozzola et al., 2018; Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020).

Assim, no geral os impactos mais relatados nos estudos foram o impacto na socialização (85,7%), na cognição (85,7%), na atenção e concentração (85,7%), no estado emocional e psicológico (71,4%) e o sobrepeso e obesidade (71,4%), os quais se inserem todos na categoria de impacto negativo.

Comum ao impacto negativo e positivo verifica-se o impacto na aprendizagem, linguagem, autocontrolo emocional e cognitivo.

Tabela 2 - Categorização do impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar

Impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar		Bozzola et al.	Straker et al.	Cernigli & Cimino	Almuaigel et al.	Hutton et al.	Istemic, Rosanda & Gacnik	Ponti
Positivo	Aprendizagem	x	x	x				
	Pensamento crítico			x				
	Competências executivas			x				
	Linguagem							x
	Brincadeira imaginativa							x
	Literacia							x
	Autocontrolo emocional							x
	Desenvolvimento cognitivo							x
	Competências digitais		x					
Negativo	Sono	x			x			x
	Comportamento	x			x		x	
	Educação/Aprendizagem	x	x					
	Bem-estar	x	x					
	Destreza motora						x	x
	Visão	x				x		x
	Audição	x						
	Linguagem	x				x	x	x
	Interação entre criança e cuidador	x		x				
	Atenção/concentração	x	x	x		x	x	x
	Alimentação							x
	Segurança	x	x	x				
	Sedentarismo	x	x	x				
	Sobrepeso/obesidade	x	x	x			x	x
	Nível físico	x	x	x				
	Cognitivo	x	x	x		x	x	x
	Emocional	x	x	x			x	x
	Socialização	x	x	x		x	x	x
	Adição		x	x				
	Literacia					x		

DISCUSSÃO

Com a revisão integrativa da literatura realizada pretendeu-se identificar produção científica relativa ao impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil em idade pré-

escolar. Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, estes foram organizados em duas categorias (impacto positivo e negativo).

Após análise dos artigos, conclui-se que as tecnologias podem beneficiar ou

maleficiar o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar. Esses benefícios e malefícios expressam-se de variadas formas e cada uma delas com um tipo de incidência diferente.

Em relação ao impacto positivo, quatro dos sete artigos em estudo referem que a tecnologia é benéfica para o desenvolvimento infantil, com especial relevância do seu impacto na aprendizagem.

Segundo Bozzola et al. (2018), o uso de tecnologias, mais precisamente de vídeos e de aplicações educativas, por crianças em idade pré-escolar tem impacto positivo na aprendizagem. Identicamente, Cernigli e Cimino (2020), constataram que as aplicações educativas concebidas adequadamente podem representar uma oportunidade para a aprendizagem informal, para o desenvolvimento do pensamento crítico e de competências executivas, na adaptação escolar e para a criação de música, filmes e fotografia. Já Straker et al. (2018), concluíram que os sistemas educativos, a indústria e as políticas inovadoras promovem o uso de tecnologia digital porque representa benefícios na aprendizagem, promove competências digitais e envolvimento na ciência, tecnologia, engenharia e matemática, o que contribuiu para o aumento da produtividade. Ponti (2023), afirma que os *e-books* são úteis para

estimular a linguagem, a literacia, o desenvolvimento de vocabulário e a interpretação de literatura devido ao seu design atrativo, nomeadamente por ter características como som, animação ou personalização do texto. O mesmo autor, refere que os programas de televisão de qualidade são benéficos para o desenvolvimento cognitivo, incluindo atitudes sociais e brincadeira imaginativa.

Além de todos os benefícios apresentados, Ponti (2023) apurou que a visualização de ecrãs/uso de tecnologias é útil na distração de uma criança que esteja agitada (por exemplo: procedimento médico) ou para ajudar numa longa espera. Além disto, quando usados apropriadamente os dispositivos móveis podem providenciar oportunidades para interação que envolvem estimulação de memória, planeamento, autocontrolo e aprendizagem de atitudes antiviolença, empatia, tolerância e respeito.

Contudo, o efeito positivo é sempre dependente de determinadas condições. Assim, para que se verifique os efeitos positivos mencionados é imprescindível que as crianças utilizem as tecnologias na presença e em interação com os pais, educadores ou cuidadores (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023) e que o conteúdo seja interativo (Cernigli & Cimino, 2020), bem desenhado/estruturado (Bozzola et al.,

2018; Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023) e adaptado à etapa de desenvolvimento e à idade (Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023).

A aprendizagem foi o impacto positivo mais referenciado, contudo Ponti (2023) aponta que as crianças em idade pré-escolar aprendem linguagem expressiva e vocabulário mais facilmente através da vida diária, do contacto pessoal direto e da interação dinâmica com os seus cuidadores.

Corroborando desta opinião, Cernigli e Cimino (2020) defendem que a evidência existente não comprova a eficácia das aplicações a nível educativo, pelo contrário, que dificulta a interação face a face com adultos e com os pares, porque os dispositivos tendem a ser utilizados isoladamente. Isto pode comprometer competências como a empatia e a autorregulação. Sendo assim, é quase impossível expor as crianças a aplicações de elevada qualidade educacional, uma vez que a maioria das aplicações não foram desenhadas para serem educacionais. Os mesmos autores acrescentam, que a maioria das aplicações usadas como educacionais não o são e foram criadas para entreter as crianças com sons, imagens e efeitos, ou seja, funcionam como método de distração/entretenimento em vez de educativo (Cernigli & Cimino, 2020).

Na mesma linha de pensamento, Bozzola et al. (2018) concluíram que as crianças são capazes de aprender através de vídeos quando os seus cuidadores adicionam informação verbal e não-verbal e que os telemóveis podem reforçar o aprendido na escola, nomeadamente através do uso de aplicações educacionais. Porém, a maioria das aplicações não estão desenhadas para serem usadas simultaneamente pelos pais e pelas crianças.

Tendo em conta os condicionantes do uso das tecnologias, Ponti (2023) sugere o *exergaming* como uma estratégia promotora de brincadeira digital de forma interativa e que encoraja a atividade física e, consequentemente, o desenvolvimento de competências de mobilidade, físicas, mentais e académicas.

Relativamente ao impacto negativo, todos os estudos documentam vários tipos de malefícios para o desenvolvimento infantil, os quais se irá referir de seguida.

Um dos impactos mais relatados na evidência científica ocorre a nível cognitivo. De acordo com Cernigli & Cimino (2020), Istenic, Rosanda e Gacnik (2023) e Ponti (2023), as crianças com menos de cinco anos devem ser expostas ao mínimo às tecnologias devido aos efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo. Segundo Bozzola et al. (2018),

rácios altos de visualização de ecrãs estão relacionados com diminuição das capacidades matemáticas, de resolução de problemas e execução de tarefas, uma vez que as crianças necessitam de interação direta com os materiais e pessoas para desenvolverem o pensamento. Na mesma linha de pensamento, Cernigli e Cimino (2020) e Straker et al. (2018), acrescentam dificuldade na resolução de problemas e na execução de tarefas e diminuição da criatividade. Ponti (2023), exemplifica a exposição à televisão ligada como som de fundo como uma condição negativa para o desenvolvimento cognitivo, pois diminui a interação e compromete o desenvolvimento das competências funcionais executivas fundamentais, de linguagem e de leitura.

Estreitamente relacionados com a cognição está a linguagem, a educação e a aprendizagem, que igualmente constituem impactos negativos do uso inadequado da tecnologia. Este facto é corroborado por Bozzola et al. (2018), Straker et al. (2018) e Istenic, Rosanda e Gacnik (2023), que afirmam que as crianças precisam de interação direta com os materiais e com os pais de modo a desenvolverem o pensamento, a linguagem e a capacidade de resolução de problemas. Istenic, Rosanda e Gacnik (2023), aferem que a comunicação com quantidade e qualidade entre o adulto e a criança é essencial para

um desenvolvimento da linguagem com bons resultados.

Bozzola et al. (2018) e Hutton et al. (2022), relatam alterações no desenvolvimento cerebral advindas do uso inadequado da tecnologia. Esta conclusão está explícita no estudo levado a cargo por Hutton et al. (2022) a um grupo de crianças em idade escolar onde foi implementado um teste cognitivo - ScreenQ e realizado uma ressonância magnética cerebral ao grupo em estudo. Ao analisar todo o cérebro, verificou-se que scores mais elevados de ScreenQ, ou seja, elevado uso de tecnologia, estão associados com menor espessura do córtex e menor profundidade sulcal em áreas do cérebro que são responsáveis pelo processamento visual primário e processamento de tarefas prioritárias como a atenção, a codificação de memória complexa, o reconhecimento de letras e a cognição social. Assim, elevado uso de tecnologia digital por crianças em idade pré-escolar está associado a habilidades cognitivas menores e piores competências de linguagem e de literacia (Hutton et al., 2022).

A par com o impacto na cognição, o impacto na atenção e concentração é uma das consequências negativas mais vezes descritas nos estudos em análise. A diminuição de atenção surge associado ao uso de dispositivos (Bozzola

et al., 2018), ao excesso de visualização de ecrãs (Bozzola et al., 2018; Ponti, 2023), a aplicações mal desenhadas ou focadas no entretenimento (Cernigli & Cimino, 2020) e à tecnoferência (Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti, 2023). A tecnoferência, nomeadamente a televisão estar ligada em plano de fundo, interfere na capacidade das crianças se focarem na tarefa que estão a realizar, pois distraem-se com o conteúdo transmitido ou com os sons emitidos pela televisão (Ponti, 2023).

Identicamente, a socialização é referida em seis dos sete artigos em estudo como um dos aspetos afetados pelo uso de tecnologias pelas crianças em idade pré-escolar. A socialização é afetada pela utilização de dispositivos na medida em que a interação adequada entre as crianças e os seus cuidadores e pares diminui ou sofre interferências tecnológicas (Bozzola et al., 2018; Ponti, 2023; Istenic, Rosanda e Gacnik, 2023). Além disto, a elevada exposição a TV de fundo diminui a interação entre os pais e as crianças e distrai as crianças das brincadeiras (Ponti, 2023). Istenic, Rosanda e Gacnik (2023), no seu estudo, concluíram que brincar com brinquedos tradicionais promove maior interação pais-criança, nomeadamente mais comunicação.

Associado ao uso de tecnologias surge o compromisso da segurança, mais especificamente, a exposição a conteúdo

inapropriado e a publicidade. Além disto, as crianças correm o risco de *cyber bulliying*, pedofilia e comportamentos predatórios (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Straker et al., 2018).

Na mesma linha de pensamento, as implicações da tecnologia no estado emocional e psicológico podem tomar diferentes formas, nomeadamente através de alteração do humor, depressão (Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020), ansiedade (Cernigli & Cimino, 2020), adição (Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020) e problemas de autorregulação de emoções (Cernigli & Cimino, 2020; Ponti, 2023). Segundo Cernigli e Cimino (2020), a hiperestimulação provocada pelo uso dos ecrãs interativos faz com o que o sistema nervoso se desregule, desorganize e *stress*. Apesar da tecnologia poder ser benéfica para distrair ou acalmar as crianças, o seu uso rotineiro pode impedir o desenvolvimento de estratégias tranquilizantes e levar à dependência de ecrãs para regular as emoções (Ponti, 2023).

Verificou-se, ainda, que a utilização prolongada de dispositivos eletrónicos leva ao sedentarismo e, consequentemente, ao sobrepeso e obesidade (Straker et al., 2018; Bozzola et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020; Istenic, Rosanda & Gacnik, 2023; Ponti,

2023). Ademais, Ponti (2023) afirma que o uso de telemóveis durante as refeições diminui a possibilidade dos pais estimularem as crianças a experimentarem novos alimentos.

Almuaigel et al. (2021), num estudo realizado a crianças em idades pré-escolar com o intuito de compreender o impacto do uso de dispositivos digitais no comportamento e no sono, relatam evidência da tecnologia causar impacto negativo na qualidade do sono e no padrão comportamental das crianças em idade pré-escolar. O tempo de uso, o tipo de conteúdo visualizado e de dispositivo e algumas variáveis demográficas dos pais alteram o impacto.

Os distúrbios no sono manifestam-se como dificuldade em adormecer e manter o sono, distúrbio respiratório durante o sono, distúrbio de arousal (ativação cognitiva), distúrbio de transição dormir-acordar, distúrbio de sonolência excessiva e hiperidrose durante o sono. Na sua origem está o aumento da excitação psicofisiológica causada pelo conteúdo assistido e pela exposição à luz brilhante dos ecrãs e consequente diminuição da produção e disponibilidade da hormona melatonina (Almuaigel et al., 2021; Bozzola et al., 2018). Bozzola et al. (2018), acrescentam, que a radiação eletromagnética libertada pelos dispositivos também poderá interferir.

Mais especificamente, crianças que usam os dispositivos eletrónicos por menos de uma hora têm menos efeitos negativos no sono do que as que usam por duas a três horas ou mais (Almuaigel et al., 2021; Bozzola et al., 2018). A exposição prolongada aumenta o tempo de adormecer, especialmente em crianças que usam vários dispositivos ao mesmo tempo comparativamente com as que usam apenas um (Bozzola et al., 2018).

Em relação ao tipo de conteúdo, crianças que mais frequentemente vêem filmes têm mais distúrbios respiratórios no sono do que aquelas que veem desenhos animados/jogos. A posse de um dispositivo eletrónico e a utilização tablets está associado com maiores níveis de distúrbios de sono (Almuaigel et al., 2021).

No que toca às variáveis demográficas, o desemprego ou longos horários de trabalho/estudo por parte das mães têm um significado significativamente negativo no sono. Por sua vez, as crianças integradas numa família com maior rendimento apresentam menos distúrbios de sonolência excessiva (Almuaigel et al., 2021).

Na mesma linha de pensamento, Bozzola et al. (2018) referem que a presença de televisão no quarto das crianças está associada a redução da

qualidade do sono, terrores noturnos, pesadelos e falar enquanto dormem.

Ainda Ponti (2023), apontou alterações no sono como uma das consequências das tecnologias, mais especificamente, maior resistência ao sono e sono noturno menor, isto é, sono diurno maior e hora de dormir tardia.

A alteração de comportamento é outro impacto advindo do uso de dispositivos eletrônicos relatado nos estudos de Bozzola et al. (2018), Almuaigel et al. (2021) e Istenic, Rosanda & Gacnik, (2023), sendo que uma dessas alterações é o comportamento agressivo (Bozzola et al., 2018).

Almuaigel et al. (2021), verificaram que as crianças expostas a tecnologias por menos de uma hora têm menos efeitos negativos no sono das que usam por três a cinco horas. Tal como ocorre com o sono, a posse de um dispositivo, usar um tablet e ver filmes está associado com impacto negativo. O nível de educação dos pais (figura masculina) baixo, famílias com rendimentos altos e pais (figura masculina) que trabalham ou estudam por muitas horas estão associadas a *scores* negativos de comportamento (Almuaigel et al., 2021).

A nível físico, as tecnologias podem afetar a visão, a audição e a destreza motora e provocar desconforto

físico. Em relação à visão, o uso contínuo e excessivo a uma distância pequena entre a face o ecrã pode causar doença do olho seco, fadiga ocular, irritação, olho penetrante, exotropia (Bozzola et al., 2018) e miopia (Ponti, 2023). Por sua vez, a audição poderá ser afetada aquando de uma exposição precoce e prolongada dos tímpanos a intensos níveis de som (Bozzola et al., 2018). Istenic, Rosanda & Gacnik (2023), verificaram no seu estudo que as brincadeiras com brinquedos tecnológicos estão associadas a menos capacidades motoras. Identicamente, Ponti (2023) aferiu que a tecnologia provoca alterações na performance de competências motoras. Assim, a adoção de posturas inadequadas e os movimentos limitados e repetitivos durante o uso de dispositivos tecnológicos condiciona o aparecimento de desconforto físico e compromete o desenvolvimento físico (Straker et al., 2018; Cernigli & Cimino, 2020).

Por fim, surge o bem-estar que por definição é a conjugação de atributos psicológicos, sociais e comportamentais (Bozzola et al., 2018), pelo que o uso inadequado das tecnologias pelas crianças em idade pré-escolar pode interferir no seu bem-estar educativo, cognitivo, social e físico (Straker et al., 2018).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo, demonstram que as tecnologias têm impacto negativo e positivo no desenvolvimento infantil em idade pré-escolar, sendo o impacto negativo evidenciado na totalidade dos artigos analisados e o positivo em 57% dos estudos. As consequências são mais evidentes na socialização (85,7%), na cognição (85,7%), na atenção e concentração (85,7%), no estado emocional e psicológico (71,4%) e no risco de sobrepeso e obesidade (71,4%).

Contudo, alguns estudos revelam que as tecnologias têm impacto positivo no desenvolvimento dependendo da qualidade do conteúdo, da interação e da adequação das mesmas à etapa do desenvolvimento que a criança encontra. Esse impacto verifica-se com maior relevância na aprendizagem, pois 42,9% dos estudos o comprovam. Porém, não é garantido que o uso de tecnologias, mediante as condições apresentadas, seja uma estratégia com maior benefício para o desenvolvimento da criança do que a inexistência de tecnologias.

Atualmente, a tecnologia faz parte do quotidiano e é inevitável o contacto das crianças com dispositivos tecnológicos. Assim sendo, é fundamental que o Enfermeiro Especialista em ESIP conheça o impacto das tecnologias,

informe os pais, educadores e comunidade sobre os mesmos e sensibilize-os sobre as estratégias adequadas à sua utilização para o benefício maior da criança.

Constitui uma limitação deste estudo, a ausência de estudos que abordem a realidade portuguesa, comprometendo a compreensão deste fenómeno a nível nacional, pelo que se sugere a realização de estudos que analisem a realidade desta problemática em contexto nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almuaigel, D., Alanazi, A., Almuaigel, M., Alshamrani, F., AlSheikh, M., Almuhana, N., Zeeshan, M., Alshurem, M., Alshammari, A. & Mansi, K. (2021). Impact of Technology Use on Behavior and Sleep Scores in Preschool Children in Saudi Arabia. *Front. Psychiatry, Sec. Child and Adolescent Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.649095>
- Bozzola, E., Spina, G., Ruggiero, M., Memo, L., Agostiniani, R., Bozzola, M., Corsello, G. & Villani, A. (2018). Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric Society. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(69). <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0508-7>

- Cao, S.; Li, H. (2023). A Scoping Review of Digital Well-Being in Early Childhood: Definitions, Measurements, Contributors, and Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043510>
- Cerniglia, L. & Cimino, S. (2020). A Reflection on Controversial Literature on Screen Time and Educational Apps Use in 0–5 Years Old Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph17134641>
- Chassiakos, Y. L. R., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. A., Cross, C., & COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA (2016). Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>
- Hutton, J. S., Dudley, J., DeWitt, T. & Horowitzs-Kraus, T. (2022). Associations between digital media use and brain surface structural measures in preschool-aged children. *Scientific Reports*, 12(19095). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-20922-0>
- Istemic, A., Rosanda, V., Gacnik, M. (2023). Surveying Parents of Preschool Children about Digital and Analogue Play and Parent–Child Interaction. *Children*, 10(251). <https://doi.org/10.3390/children10020251>
- Kuppens, S. & Ceulemans, E. (2019). Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 168–181. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x>
- Loureiro, F., Antunes, A. & Charepe, Z. (2021). Theoretical Nursing Conceptions in Hospitalized Child Care: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- National Library of Medicine (2023). *MESH*. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=pre-school>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia orientador de boa prática – Volume I*. Disponível em <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media>

- [/8911/guiasorientadores_boapratice_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf](#)
- Ponti, M. (2023). Screen time and preschool children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & Child Health*, 28(3), 184-192. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac125>
- Pordata (2023). Agregados Domésticos Privados com Computador, com Ligação à Internet e com Ligação à Internet Através de Banda Larga (%). [https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+com+computador++com+ligação+à+Internet+e+com+ligação+à+Internet+através+de+banda+larga+\(percentagem\)-1158](https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+com+computador++com+ligação+à+Internet+e+com+ligação+à+Internet+através+de+banda+larga+(percentagem)-1158)
- Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660-16665. [Consult. 26-12-2023]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2015/06/11900000/1666016665.pdf>
- Rocha, B. M. P. & Nunes, M. C. de O. S. (2021). O uso de dispositivos eletrónicos por crianças dos 0 aos 5 anos de idade. *Revista Multidisciplinar*, 4(1), 5–13. <https://doi.org/10.23882/MJ2268>
- Santos, T. A. S., Rezende, K. T. A., Santos, I. F. & Tonhom, S. F. da R. (2020). The influence of technology on preschool and school child development. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 592–608. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.592-608>
- Silva, A. Q., Oliveira, G. S., Lopes, P. S. & Fernandes, R. S. (2023). *Efeitos do tempo de exposição a telas no desenvolvimento de crianças na primeira infância: uma revisão sistemática*. Disponível em <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/33329>
- Silva, A. M. S. (2021). *Tempos e modos de apropriação das tecnologias por crianças - Estudo de caso com crianças de uma escola internacional da Dinamarca* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação). Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/6043>
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Pestana, H. C. F. C. (2018a). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54. <http://hdl.handle.net/10174/25938>

- Sousa, L. M. M.; Marques, J. M.; Firmino, C. F.; Frade, F.; Valentim, O. S. & Antunes, A. V. (2018b). Modelos de formulação da questão de investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação Enfermagem*. S2(23), 31-39. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Straker L., Zabatiero J., Danby S., Thorpe K. & Edwards S. (2018). Conflicting Guidelines on Young Children's Screen Time and Use of Digital Technology Create Policy and Practice Dilemmas. *The Journal of pediatrics*, 202, 300–303. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.019>
- Whaley, L. e Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

APÊNDICE D – SÍNTESE DOS ESTUDOS INTEGRANTES DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA

ID	Autor, ano e título	Objetivo	Metodologia	Resultados
E1	Bozzola et al. (2018). Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric society	Analisar as consequências da exposição a dispositivos móveis em crianças em idade pré-escolar.	Revisão de literatura	A tecnologia tem impacto negativo na aprendizagem, desenvolvimento, bem-estar, visão, audição, interação entre a criança e cuidador, desenvolvimento cerebral, atenção, alimentação, realização de tarefas e segurança. Potencia o sedentarismo, o aumento de peso, os problemas comportamentais, a depressão e as posturas inadequadas. O uso de dispositivos tem impacto positivo quando há a interação dos pais com as crianças e quando são utilizados os conteúdos certos.
E2	Straker et al. (2018). Conflicting Guidelines on Young Children's Screen Time and Use of Digital Technology Create Policy and Practice Dilemmas	Articular as diferentes perspetivas das autoridades de saúde e de educação sobre uso de tecnologia digital por crianças em idade pré-escolar.	Revisão de literatura	O uso excessivo de tecnologia digital tem efeitos na saúde física, cognitiva, emocional e social, no bem-estar e no desenvolvimento.

E3	Cernigli & Cimino. (2020). A Reflection on Controversial Literature on Screen Time and Educational Apps Use in 0–5 Years Old Children	Estimular o desenvolvimento e o avanço das guidelines baseadas na evidência que os cuidadores e educadores podem adotar para regular o envolvimento das crianças em idade pré-escolar com as tecnologias digitais	Revisão de literatura	A utilização de dispositivos digitais tem impacto a nível físico, cognitivo, emocional e social. As aplicações educativas interativas, adaptadas à etapa de desenvolvimento e desenhadas adequadamente são uma oportunidade para a aprendizagem. Porém, não há evidência que comprove que a maioria das aplicações seja eficaz e as existentes dificultam a interação com os adultos e com os pares.
E4	Almuaigel et al. (2021). Impact of technology use on behavior and sleep scores in preschool children in Saudi Arabia	Investigar o impacto do uso de dispositivos digitais no comportamento e no sono em crianças em idade pré-escolar na perspectiva dos pais na Arábia Saudita	<i>Cross sectional</i>	O uso de tecnologia tem um impacto negativo significativo na qualidade do sono e no padrão comportamental diretamente variante da quantidade de uso.
E5	Hutton et al. (2022). Associations between digital media use and brain surface	Explorar a relação entre uso de tecnologia e as medidas do córtex e sulco cerebral em	Análise secundária de informação	O elevado uso de tecnologia está associado a menor espessura do córtex e menor profundidade sulcal, ou seja, interfere negativamente com o desenvolvimento de habilidades

	structural measures in preschool-aged children	crianças saudáveis com idade pré-escolar		cognitivas e de competências de linguagem e de literacia.
E6	Istenic, Rosanda & Gacnik. (2023). Surveying Parents of Preschool Children about Digital and Analogue Play and Parent–Child Interaction	Conhecer a perceção dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o impacto dos diferentes tipos de brincadeiras no desenvolvimento infantil dos seus filhos	Estudo descritivo	Brincadeiras digitais com dispositivos e brinquedos eletrónicos está associado a menores capacidades cognitivas, de linguagem, socio-emocionais e motoras, a obesidade e a problemas de desenvolvimento. Exposição a dispositivos eletrónicos tem efeitos no comportamento, cognição e desenvolvimento socio-afetivo das crianças.
E7	Ponti. (2023). Position Statement Screen time and preschool children: Promoting health and development in a digital world	Reexaminar os potenciais benefícios e riscos da exposição a ecrãs e uso de tecnologia por crianças com menos de 5 anos.	Revisão de literatura	Tempo de ecrã de qualidade é benéfico para o desenvolvimento da linguagem, brincadeira imaginativa, literacia, empatia, autocontrolo, cognição e memória. Contudo o uso excessivo tem impacto negativo na linguagem, atenção, autorregulação de emoções, interação, destreza motora, sono, alimentação, visão, peso e no desenvolvimento cognitivo, social e de competências funcionais executivas.