



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

**A intervenção do enfermeiro na promoção da
atividade física da criança em idade pré-escolar**

Mariana de Oliveira Ferreira Marques

**Lisboa
2023**



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

**A intervenção do enfermeiro na promoção da
atividade física da criança em idade pré-escolar**

Mariana de Oliveira Ferreira Marques

Orientadora: Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Nós não paramos de brincar porque ficamos velhos,
nós ficamos velhos porque paramos de brincar.*

- George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por estarem presentes desde o primeiro dia, por viverem esta caminhada como se também fosse deles, pelo apoio e amor incondicional. Por me deixarem ser criança no tempo certo, por me permitirem brincar ao ar livre e aproveitar a natureza, por me mostrarem a importância desta temática.

Obrigada!

À Matilde, que caminhou ao meu lado, que chorou e riu comigo, que me fez acreditar que juntas íamos chegar lá. Pelo alcançar do nosso sonho.

Obrigada!

Ao Manuel, que sempre foi a alegria da casa, que me deu força sem saber, que me fez ser sempre melhor por ele.

Obrigada!

Ao Telmo, que me deu a mão e nunca me permitiu desistir, que aceitou as minhas ausências e noites mal dormidas, que esteve lá sempre, que nunca duvidou que eu ia conseguir.

Obrigada!

Ao Bruno, à Francisca e à Márcia, pelas palavras de força e de coragem, pelas frustrações e sorrisos partilhados, pelas boleias e grupos de trabalho, pelos áudios motivacionais, pela entreaajuda e amizade.

Obrigada!

À professora Sónia, pelas palavras amigas, de motivação e de apoio, pela disponibilidade, pelos ensinamentos ao longo desta jornada.

Obrigada!

A todas as crianças, pais e famílias, sem vocês nada disto fazia sentido.

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CCD – Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CCF – Cuidados Centrados na Família

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DMO – Doença Metabólica Óssea da Prematuridade

EDIN – Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EG – Enfermeiro Gestor

EIHSCPP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

EpS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

IC – Idade Corrigida

IMC – Índice de Massa Corporal

METS – Equivalentes Metabólicos da Tarefa

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

RNBP – Recém-Nascido de Baixo Peso

RNMBP – Recém-Nascido de Muito Baixo Peso

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SN – Serviço de Neonatologia

SNG – Sonda Nasogástrica

SO – Sala de Observações

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais de Enfermagem

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UD – Unidade de Desenvolvimento

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A prática de atividade física tem um impacto preponderante na prevenção e tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis, sendo considerada um determinante de saúde. Com o aumento do número de crianças com excesso de peso ou obesidade em idades precoces, bem como com hábitos sedentários, é fulcral o desenvolvimento de intervenções de enfermagem promotoras de comportamentos de saúde, nomeadamente a promoção da atividade física, com foco no *empowerment* da criança e família para a tomada de decisão consciente do seu processo de saúde-doença. A primeira infância, onde se insere a criança em idade pré-escolar, constitui-se, então, como o momento ideal para a criação e adaptação de hábitos saudáveis ou alteração de rotinas.

O presente relatório espelha o percurso formativo cujo objetivo passa pela aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre em Enfermagem, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família nas diferentes etapas de desenvolvimento. Para tal, foi adotada a metodologia de projeto e reflexiva, uma vez que são sustentadas pela investigação e permitem a resolução de problemas através de ações práticas. O referencial teórico selecionado para sustentar e orientar a problemática escolhida foi a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

No decorrer do período de estágio foram desenvolvidas diversas atividades, desde a pesquisa de evidência científica atualizada à realização de documentos informativos e formações em serviço, destacando-se a implementação do projeto “Promoção da atividade física em crianças em idade pré-escolar hospitalizadas”, cujo objetivo era a promoção do movimento e desenvolvimento da criança em idade pré-escolar através da brincadeira e de jogos.

Através da reflexão e análise crítica das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, foi possível adquirir e consolidar competências sobre a enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como consciencializar as equipas de saúde quanto à facilidade da operacionalização de intervenções promotoras da atividade física e de comportamentos de saúde, produzindo ganhos em saúde.

Palavras-chave: Enfermeiros; Atividade Física; Pré-escolar; Obesidade; Comportamento Sedentário.

ABSTRACT

The practice of physical activity has a major impact on the prevention and treatment of chronic non-communicable diseases and is considered a determinant of health. With the increase in the number of children who are overweight or obese at an early age, as well as those with sedentary habits, it is crucial to develop nursing interventions that promote health behaviours, namely the promotion of physical activity, with a focus on empowering children and their families to make informed decisions about their health-disease process. Early childhood, which includes pre-school children, is the ideal time to create and adapt healthy habits or change routines.

This report reflects the training process, the aim of which is to acquire and develop the common and specific competences of a Specialist Nurse in Child Health and Paediatric Nursing and a Master's Degree in Nursing, in order to provide specialised nursing care to children, young people and families at different stages of development. To this end, the project and reflective methodologies were adopted, as they are underpinned by research and allow problems to be solved through practical actions. The theoretical framework selected to sustain and guide the chosen problem was the philosophy of Family-Centred Care and Nola Pender's Health Promotion Model.

During the internship period, various activities were carried out, from researching up-to-date scientific evidence, to the development of information documents and in-service training, with one of the highlights being the implementation of the project "Promoting physical activity in hospitalised pre-school children", the aim of which was to advocate movement and the development of pre-school children through play and games.

Through reflection and critical analysis of the experiences and activities developed in the different internship contexts, it was possible to acquire and cement skills in child health and paediatric nursing, as well as raise awareness among health teams of the ease with which interventions promoting physical activity and health behaviours can be implemented, producing health gains.

Keywords: Nurses; Physical Activity; Child, Preschool; Obesity; Sedentary Behavior.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. PROBLEMÁTICA..... | 14 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL..... | 18 |
| 2.1. Atividade física: uma ferramenta para a promoção da saúde da criança em idade pré-escolar | 18 |
| 2.2. Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar através da atividade física: intervenção do enfermeiro | 22 |
| 2.3. Concepções teóricas de enfermagem | 25 |
| 2.3.1. Cuidados centrados na família | 25 |
| 2.3.2. Modelo de promoção da saúde de Nola Pender | 27 |
| 3. METODOLOGIA | 29 |
| 4. DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..... | 32 |
| 4.1. Serviço de urgência pediátrica | 33 |
| 4.2. Serviço de neonatologia | 41 |
| 4.3. Serviço de internamento de pediatria | 47 |
| 4.4. Unidade de desenvolvimento | 55 |
| 4.5. Unidade de saúde familiar | 59 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 67 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| APÊNDICES | |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | |
|----------------------|--|
| Apêndice I | Cronograma de estágio |
| Apêndice II | Guia orientador das atividades de estágio |
| Apêndice III | Póster “E o seu filho, já fez atividade física hoje?” desenvolvido no SUP |
| Apêndice IV | Proposta de projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família com doença metabólica óssea da prematuridade |
| Apêndice V | Planeamento da sessão de formação em serviço: “Promoção da atividade física em crianças em idade pré-escolar hospitalizadas: intervenções do enfermeiro” |
| Apêndice VI | Projeto “Promoção da atividade física em crianças em idade pré-escolar hospitalizadas” |
| Apêndice VII | Jornal de aprendizagem: “O desenho infantil como instrumento para a expressão de emoções” |
| Apêndice VIII | Planeamento da sessão: “Promoção da atividade física da criança pré-escolar (3 – 5 anos)” |
| Apêndice IX | Póster “Atividade física nos 5 primeiros anos de vida” (versão em língua portuguesa) |
| Apêndice X | Póster “Physical activity in the first 5 years of life” (versão em língua inglesa) |

ÍNDICE DE AENEXOS

| | |
|----------------|--|
| Anexo I | Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender |
|----------------|--|

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este tem como objetivo central possibilitar o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais de Enfermeiro Especialista (EE), de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e de Mestre em Enfermagem para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, através do desenvolvimento de processos de prestação de cuidados, com a mobilização de conhecimentos e quadros de referência próprios da profissão e da área de especialidade, da reflexão constante sobre a prática de cuidados baseada na evidência científica disponível e da elaboração de um projeto sobre uma problemática relacionada com a prática de cuidados de enfermagem (ESEL, 2022).

A metodologia utilizada no decorrer deste percurso formativo traduz-se pela realização de estágios, sendo os mesmos orientados pelos princípios pedagógicos de formação de adultos, constituindo-se o aluno como o principal responsável pela sua aprendizagem. Deste modo, o projeto de estágio assenta nos interesses, objetivos e necessidades de aprendizagem do aluno, resultando na elaboração de um documento no qual se encontre espelhado a aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEESIP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (ESEL, 2022).

Ao EE é reconhecida uma competência técnica, científica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados em diferentes áreas de atuação, envolvendo dimensões relacionadas com a educação quer dos clientes quer dos pares, liderança, aconselhamento, orientação e investigação, com o objetivo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). O EEESIP, para além do anteriormente referido, deverá trabalhar em parceria com a criança e respetiva família/pessoa significativa, em todos os contextos em que estas se insiram, com o intuito de promover o seu mais elevado estado de saúde, garantindo cuidados de nível avançado, sendo a competência, a segurança e a satisfação das necessidades da criança e família basilares na sua atuação (Regulamento n.º 422/2018).

Tendo em consideração o supracitado, neste percurso formativo para EEESIP e Mestre em Enfermagem, procurei relacionar o desenvolvimento de competências, principalmente as resultantes da realização do autodiagnóstico de necessidades formativas, com uma área de maior interesse profissional e pessoal, tendo surgido a problemática da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar e a intervenção do enfermeiro como promotor da mesma.

A prática de atividade física é considerada um determinante de saúde, tendo um impacto importante na prevenção e tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Com um elevado número de crianças com excesso de peso ou obesidade, assim como com hábitos sedentários, torna-se essencial desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de comportamentos de saúde, como a promoção da atividade física, com foco no *empowerment* da criança e família para a tomada de decisão consciente e fundamentada do seu próprio processo de saúde-doença. Uma vez que a primeira infância é o momento ideal para criar e adaptar hábitos saudáveis ou alterar rotinas, o presente relatório foca-se principalmente na criança em idade pré-escolar e respetiva família (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019).

Deste modo, surge o tema do presente relatório de estágio, intitulado “A intervenção do enfermeiro na promoção da atividade física da criança em idade pré-escolar”. A escolha e desenvolvimento desta temática tinha como intuito o aprofundamento de conhecimentos sobre a evidência científica disponível relacionada com a prevenção da obesidade e hábitos sedentários na idade pré-escolar, bem como com a intervenção do enfermeiro na promoção da atividade física neste estágio de desenvolvimento, de modo a desenvolver competências relacionais, comunicacionais e técnicas relacionadas com esta área de atuação, procurando prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

Assim, e de modo a orientar o desenvolvimento do meu percurso formativo, foram definidos dois objetivos gerais: desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediatria no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde; e desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da atividade física nas crianças em idade pré-escolar.

Dado que a prestação de cuidados de enfermagem deve ser fundamentada e baseada em referenciais teóricos, e tendo em consideração a temática abordada, tornou-se lógico mobilizar um dos pilares da enfermagem, os Cuidados Centrados na

Família, uma vez que a criança e família são consideradas um binómio, ambas alvo de cuidados, e a segunda com uma forte influência relativamente às escolhas e adoção de hábitos de saúde da primeira. Tendo em consideração que a promoção de saúde é um processo que visa a capacitação do indivíduo para a tomada de decisão consciente sobre a sua situação de saúde, reporta-se ao paradigma de enfermagem da transformação, dado que se reconhece no indivíduo a capacidade de ser agente e parceiro nos cuidados (Figueiredo & Amendoeira, 2019). Assim, como modelo basilar deste percurso formativo, foi identificado e mobilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, visto que este permite explorar o processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a adotarem comportamentos promotores de saúde (Murdaugh et al., 2019).

O estágio decorreu durante dezoito semanas em locais de excelência que possibilitaram o desenvolvimento do meu percurso formativo, bem como o cumprimento dos objetivos e atividades propostas, sendo estes o Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Neonatologia, Serviço de Internamento de Pediatria, Unidade de Desenvolvimento e Unidade de Saúde Familiar, conforme o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e como estabelecido no cronograma previamente elaborado (Apêndice I).

No que concerne à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo encontra-se presente uma breve justificação da problemática, seguindo-se do enquadramento teórico-conceitual, no capítulo dois, no qual se encontra explanada a evidência científica mais atualizada sobre a temática em estudo, assim como as conceções de enfermagem orientadoras da mesma. De seguida, no terceiro capítulo, é apresentada a metodologia utilizada e, no quarto capítulo, a descrição do percurso formativo, nos diferentes contextos de estágio, no qual são apresentados os objetivos específicos e é realizada uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Por fim, são expostas as considerações finais, onde são evidenciados os contributos para a prática de enfermagem, bem como os projetos futuros a serem desenvolvidos no âmbito da presente temática. Ressalvo que as referências bibliográficas foram elaboradas segundo a 7.^a edição das normas do manual da *American Psychological Association*.

Considerando que se trata de um documento de carácter público, serão tidas em consideração as questões éticas inerentes à proteção de dados, confidencialidade e anonimato.

1. PROBLEMÁTICA

A escolha da presente temática surge da minha experiência profissional em contexto hospitalar, através da observação de crianças, principalmente em idade pré-escolar, que mesmo quando se verificava uma melhoria significativa do seu estado geral e não apresentavam a mobilidade comprometida, se mantinham restritas ao leito por opção, dando preferência à utilização das tecnologias em ecrã – telemóvel, *tablet* e televisão – em detrimento da atividade física ou do brincar. Outro aspeto que me suscitou um grande interesse para o desenvolvimento do presente projeto foi o número elevado de crianças, principalmente entre os dois e os cinco anos, com excesso de peso e obesidade, sendo a grande maioria não só relacionado com uma alimentação desequilibrada, mas principalmente por apresentarem hábitos sedentários evidentes. Adjuvante a este problema, existia um número elevado de crianças que não faziam a sua vigilância de saúde de forma regular. Assim, senti a necessidade de intervenção, não só a nível do internamento com as crianças, mas principalmente no *empowerment* dos pais para a promoção da atividade física nestas idades.

Para além das preocupações identificadas a nível profissional, o facto de desenvolver atividades, enquanto escuteira, com crianças em idade pré-escolar e escolar, permitiu-me verificar que as competências motoras estão cada vez menos desenvolvidas, existindo uma preferência por parte das mesmas para a realização de atividades, principalmente sedentárias, num espaço interior, ao invés de atividades no exterior e ao ar livre, de carácter mais físico e lúdico. A consciencialização do impacto que estas preferências e atitudes terão no seu futuro, carece da intervenção do enfermeiro na comunidade e nas diferentes unidades de saúde, tornando-se assim como um promotor da atividade física, visando a adoção de comportamentos de saúde da criança em idade pré-escolar e família.

A prática de atividade física regular é considerada um determinante essencial de saúde, estando claramente evidenciado o seu impacto positivo na prevenção e tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis (DCNT), algumas consideradas como causa de morte em Portugal (DGS, 2021).

A obesidade infantil é reconhecida como uma das doenças mais comuns da atualidade, que poderá ter um impacto prejudicial na saúde da criança (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021a). Segundo os dados Childhood Obesity Surveillance

Initiative (COSI) Portugal de 2022, 31.9% e 13.5% das crianças estudadas, com idades compreendidas entre os seis e os oito anos, apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente, verificando-se um aumento dos valores em comparação com o estudo anterior (Rito et al., 2023). Estes resultados requerem atenção por parte do enfermeiro, uma vez que 55% das crianças obesas se tornam adolescentes obesos e 80% desses adolescentes se tornam adultos obesos (Rito et al., 2021). Segundo Rito e colaboradores (2023), 72.5% das crianças em estudo encontravam-se inscritas num clube desportivo, sendo que 45.5% o frequentavam durante cerca de 1 a 3 horas por semana. No entanto, durante a semana somente 33.5% e 30.5% das crianças brincavam 1 e 2 horas por dia, respetivamente, fora de casa, verificando-se uma redução quando comparado com o estudo anterior – 36.2% e 32.2%, respetivamente. Contrastante com estes valores, verificava-se que cerca de metade das crianças estudadas, durante a semana, utilizavam o computador durante 1 hora/dia, aumentando o tempo para 2 a 3 horas/dia durante o fim de semana, sendo a sua principal utilização para jogos eletrónicos (Rito et al., 2023). Assim, constata-se que, embora exista uma atenção da família para a prática de atividade física através da inscrição dos filhos em atividades estruturadas, o tempo despendido com dispositivos eletrónicos – que se constitui como um hábito sedentário – é utilizado por um maior número de crianças, comparativamente ao tempo passado a realizar atividade física – atividades estruturadas e não estruturadas, como o brincar.

Embora os dados COSI Portugal 2022 (Rito et al., 2023) sejam referentes à avaliação de crianças do 1.º ciclo de escolaridade, ou seja, em idade escolar, tornam-se essenciais para a compreensão da problemática, visto que o estágio de desenvolvimento anterior é a idade pré-escolar, a idade-chave identificada, constatando-se que a adoção de hábitos sedentários já é uma realidade em idades anteriores às referidas neste estudo.

A primeira infância – referente a idades inferiores aos cinco anos – não só se constitui como um período em que o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo da criança se realiza de um modo exponencial, como também é aquele que permite a criação de hábitos e a adaptação ou alteração de rotinas de estilos de vida saudáveis (OMS, 2019). Deste modo, constata-se que esta é a altura ideal do desenvolvimento da criança para se promoverem hábitos de vida saudáveis, uma vez que os comportamentos de estilo de vida implementados e desenvolvidos nos primeiros anos de vida da criança influenciam positivamente a saúde da mesma no futuro, nomeadamente no que respeita à prática de atividade física (OMS, 2019).

A prática de atividade física pode ser realizada de diversas maneiras, quer a nível estruturado – através do exercício físico ou desportos com regras – quer não estruturado ou informal – relacionadas, por exemplo, com o brincar e formas de jogar na infância (Neto, 2020; Solís-Cordero et al., 2023). Assim, torna-se essencial que a atividade física seja promovida não só a nível familiar e escolar, como também nas instituições de saúde.

Os pais têm uma ação fundamental na formação e promoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que se refere à atividade física regular, constituindo-se como o primeiro agente educativo da criança (Cardoso et al., 2019). Segundo Reimers e colaboradores (2018), pais ativos influenciam significativamente a participação dos filhos em atividades físicas e/ou brincadeiras livres. Também os irmãos desempenham um papel importante na formação do comportamento de atividade dos irmãos mais novos, induzindo uma mudança positiva no tempo de atividade física total (Schmutz et al., 2018). Assim, quando a criança em idade pré-escolar não apresenta hábitos saudáveis relacionados com a prática de atividade física, o enfermeiro tem a responsabilidade de identificar e compreender as razões da família e fatores contextuais que levam à não adesão da criança ao comportamento saudável, uma vez que esta se constitui como um ser dependente, de modo a ser possível atuar com o objetivo de promover a saúde.

Deste modo, o enfermeiro deve apoiar, respeitar e potencializar a competência da família através do estabelecimento de uma parceria de cuidados com os pais/responsáveis pela criança, apoiando na tomada de decisão e tendo em consideração as necessidades de todos os membros da família em relação aos cuidados à criança (Hockenberry, 2019; Regulamento n.º 422/2018). Este, deve, ainda, promover a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica - nomeadamente a obesidade infantil -, transmitindo informações antecipatórias que maximizem o potencial de saúde dos mesmos (Regulamento n.º 422/2018).

Tendo em consideração o supracitado, o presente relatório possibilitará o desenvolvimento e consolidação de competências comuns de EE (Regulamento n.º 140/2019), não somente no que se refere às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, como também dos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Através do mesmo, torna-se possível promover uma melhoria dos cuidados a nível institucional, na medida em que através da promoção da atividade física não estruturada, como o brincar ativo e os jogos lúdicos, é

minimizado o impacto negativo que o processo de hospitalização tem a nível social e psicológico para a criança pré-escolar, uma vez que as rotinas e hábitos da mesma são mantidos (Silva et al., 2018). A acrescentar, através da identificação da presente problemática e consequente implementação de estratégias que respondam à mesma, são garantidos ganhos em saúde e uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visto que a mesma apresenta uma relação direta com a diminuição e/ou tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis (Regulamento n.º 140/2019). Adicionalmente, permite a capacitação dos restantes elementos da equipa de enfermagem no que respeita à importância que a atividade física tem para o desenvolvimento da criança, especificamente, da criança pré-escolar (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 422/2018).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O presente capítulo tem como objetivo a apresentação da literatura e evidência científica mais recente e atualizada sobre a temática em estudo. Assim, inicialmente será realizada uma contextualização da atividade física como ferramenta para a promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e posteriormente a intervenção do enfermeiro como promotor de comportamentos de saúde neste estágio de desenvolvimento, com ênfase na atividade física e no *empowerment* parental. Por fim, serão apresentadas as concepções teóricas de enfermagem orientadoras do percurso formativo e da elaboração do presente documento.

2.1. Atividade física: uma ferramenta para a promoção da saúde da criança em idade pré-escolar

A prática de atividade física é essencial para o saudável desenvolvimento do ser humano, independentemente do seu estágio de desenvolvimento. Esta é definida como qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos que se traduz num gasto de energia acima do nível de repouso e que promove interações tanto sociais, como com o ambiente (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde, 2021; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). A atividade física é referente a todos os movimentos realizados pela pessoa, inclusive durante momentos de lazer, atividades de vida diária e deslocações para o trabalho ou escola (OMS, 2020). Segundo a DGS (2021), qualquer quantidade de atividade física é melhor que nenhuma, sendo que o tempo de prática de atividade física superior ao recomendado apresenta benefícios adicionais para a saúde.

No entanto, torna-se essencial realizar uma distinção entre atividade física estruturada e não-estruturada. A primeira, habitualmente referente ao exercício físico ou desporto, constitui-se como uma prática organizada, com um planeamento prévio, repetitiva e que tem como objetivo melhorar ou manter a condição física (Alves & Alves, 2019). Segundo Neto (2020), o desporto é um comportamento modelado, que apresenta regras universais, sendo praticado de forma formal, não estando dependente do local ou cultura. Relativamente à segunda, atividade física não-estruturada, refere-se a todas as outras atividades que resultam do movimento do corpo e que não são organizadas, como as atividades de vida diária, recreativas e de

lazer (DGS, 2021). Segundo Neto (2020), jogar localiza-se numa dimensão transitória, uma vez que envolve um comportamento intencional, com regras semiestruturadas.

Assim, torna-se perceptível que a prática de atividade física apresenta diversos benefícios, nomeadamente através da melhoria da: (a) aptidão física, a nível cardiorrespiratório e muscular; (b) saúde cardiometabólica, no que respeita à tensão arterial, dislipidemia, níveis de glicose e resistência à insulina; (c) saúde óssea; (d) resultados cognitivos, com a melhoria do desempenho académico e função executiva; (e) saúde mental, quanto à redução dos sintomas de depressão; (f) redução da adiposidade (OMS, 2020). Cardoso e colaboradores (2019) acrescentam que a atividade física aumenta a autoestima, reduz o excesso de peso e obesidade, assim como o sedentarismo, favorece o crescimento normal e constitui-se como facilitadora da integração social. Zeng e colaboradores (2017) referem que, para a criança, a atividade física apresenta benefícios ao nível do desenvolvimento cognitivo, como a atenção e a memória, potencia uma melhoria do comportamento em sala de aula e reforça o impacto positivo no desempenho académico. A prática de atividade física, principalmente na primeira infância, traduz-se positivamente no desenvolvimento das habilidades e competências motoras, relacionadas com a motricidade fina e grossa (Schmutz et al., 2018).

Deste modo, para além da melhoria evidente ao nível do desenvolvimento cognitivo, motor, social e emocional, é notório o impacto positivo que apresenta na redução do excesso de peso e obesidade, bem como do comportamento sedentário (Cardoso et al., 2019; OMS, 2020). A diminuição e tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis, como a obesidade, é possível, por exemplo, através da prática de atividade física. Logo, torna-se necessário atuar precocemente na promoção de comportamentos de saúde, nomeadamente na primeira infância, especificamente na criança em idade pré-escolar – criança com idade compreendida entre os três e os cinco anos -, uma vez que esta se constitui como aquela que se encontra no estágio de desenvolvimento ideal para a criação ou adaptação de hábitos de vida saudáveis (OMS, 2019; Papalia & Martorell, 2022).

A obesidade infantil, segundo a OMS (2021a), é definida como uma acumulação excessiva ou anormal de massa gorda que poderá ter um impacto prejudicial na saúde da criança, sendo reconhecida como uma das doenças mais comuns da atualidade. No entanto, esta constitui-se como uma patologia complexa e multifatorial, uma vez que pode estar relacionada com comportamentos sedentários ou alimentares inadequados, ou ser resultante de doenças genéticas, iatrogénicas, hipotalâmicas ou

metabólicas (Lorenzo et al., 2019), e recidivante, tendo em consideração que os indivíduos continuam expostos aos mesmos riscos e ambientes obesogênicos (World Obesity Day [WOD], 2023). As crianças com idade inferior a cinco anos têm obesidade quando o seu Índice de Massa Corporal (IMC) se encontra 3 percentis acima dos padrões de crescimento infantil preconizados pela OMS (OMS, 2021a). Segundo a OMS (2019), um dos principais fatores de risco para o aumento do sobrepeso e obesidade na criança é a inatividade física, ou seja, o aumento dos hábitos de vida sedentários. O sedentarismo é definido como “qualquer comportamento em estado de vigília caracterizado por um gasto energético de 1,5 METS [equivalentes metabólicos da tarefa] ou inferior, enquanto se está sentado, reclinado ou deitado” (DGS, 2021, p. 55). Em crianças com idade inferior a cinco anos, este pode ser verificado através de um longo período em que as mesmas se encontram contidas em espreguiçadeiras, cadeiras e carros de transporte, assim como nos períodos em que estão sentadas a realizar atividades ou em momentos de leitura (OMS, 2019).

Deste modo, e de forma a ser possível atuar na criança em idade pré-escolar, constitui-se como imprescindível conhecer e compreender o desenvolvimento da mesma. No que respeita ao desenvolvimento motor, esta é a etapa em que existe um maior desenvolvimento das habilidades motoras, principalmente ao nível da motricidade grossa (Papalia & Martorell, 2022). No entanto, Papalia e Martorell (2022) referem que o desenvolvimento da aptidão motora está dependente não só de características genéticas, mas também das oportunidades de aprendizagem e de prática de atividade física, reforçando que existe continuamente um aumento da complexidade das competências através da aquisição de novas. Segundo Piaget, a criança em idade pré-escolar encontra-se no estágio pré-operatório do desenvolvimento cognitivo, pelo que apresenta uma grande expansão no uso do pensamento simbólico – aumento da noção de espaço, causalidade, categorização, identidades e número –, assim como tendência para se centrar somente num aspeto de uma situação específica, descurando as restantes, sendo o egocentrismo uma característica bastante presente nesta etapa (Papalia & Martorell, 2022). Este estágio também é caracterizado por um maior desenvolvimento da linguagem, contudo, e principalmente devido à adoção de uma comunicação verbal maioritariamente egocêntrica, torna-se necessário compreender e explorar o pensamento da criança através de uma abordagem não-verbal, nomeadamente através do jogo (Monroe, 2019). Já no que se refere ao desenvolvimento psicossocial, postulado por Erikson na sua teoria, a criança em idade pré-escolar encontra-se no terceiro estágio de

desenvolvimento – iniciativa *versus* culpa -, uma vez que apresenta a necessidade de lidar com sentimentos conflituosos sobre si, apresentando uma dualidade da sua personalidade: ora permanece criança, com uma necessidade de explorar e experimentar coisas novas, ora sobressai a parte que se está a tornar adulta, na qual sente a necessidade de realizar uma avaliação constante dos motivos e das ações perante determinada situação (Papalia & Martorell, 2022).

Segundo Papalia e Martorell (2022), a grande maioria das crianças com idades inferiores a seis anos, no qual se insere a criança em idade pré-escolar, não se encontra fisicamente preparada e desenvolvida para participar em desportos organizados, beneficiando de brincadeiras ativas, livres e não-estruturadas a semiestruturadas. Assim, Neto (2020) reconhece o brincar como um comportamento dirigido pela própria criança, em que a escolha é livre, tem uma intenção exploradora, de procura adaptativa e de risco, de aprendizagem e com uma grande utilização da fantasia e imaginação, sendo basilar para o desenvolvimento e bem-estar da criança. Aliado à brincadeira livre, Neto (2020) menciona, na sua obra, o jogo de atividade física, que se relaciona com o gasto de energia através de diversas formas de atividade motora – movimentos respeitantes à postura, locomoção, manipulação e interação -, nos quais se incluem as “estereotipias rítmicas, o jogo de exercício e de luta e perseguição, que vai aumentando de complexidade ao longo da idade” (p. 39). As crianças em idade pré-escolar, referente ao jogo anteriormente descrito, encontram-se inseridas na segunda fase de mudança que se relaciona com o jogo do exercício. Esta fase é caracterizada por um grande aumento das competências físicas e motoras, nomeadamente através de movimentos vigorosos de corrida e saltos, assim como manipulações com um grande impacto a nível social e biológico, quer seja através de atividade solitárias, quer de grupo, com os pais, irmãos ou amigos (Neto, 2020). Segundo este autor, o intuito principal desta fase é permitir a melhoria das capacidades e habilidades relacionadas com a resistência e força do organismo, assim como garantir e consolidar o desenvolvimento de uma cultura motora (Neto, 2020).

A Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022) corrobora o anteriormente descrito, referindo que no decorrer do dia poderão ser planeados vários momentos de atividade física para a criança em idade pré-escolar, que sejam promotores do desenvolvimento motor, nomeadamente através de jogos de saltos e bolas, ou seja, que promovam a locomoção. Embora o *U. S. Department of Health and Human Services* (2018) refira que não existe um tempo específico de atividade física necessária para a criança

desta faixa etária que melhore a saúde óssea e evite a adiposidade, consideram que três horas diárias de atividade física nas diferentes intensidades – leve, moderada e vigorosa – se constituem como um alvo considerável. A DGS (2022) acrescenta, ainda, que para além das recomendadas três horas diárias, pelo menos sessenta minutos devem ser utilizados para realizar atividade física de intensidade moderada a vigorosa.

Assim, de modo a promover a atividade física neste estágio de desenvolvimento, o enfermeiro deverá desenvolver intervenções de enfermagem em parceria tanto com a escola e serviços de saúde, como com a família, prestando cuidados segundo a filosofia dos cuidados centrados na família, através do *empowerment* parental. No entanto, e tendo em consideração a natureza complexa e multifatorial da obesidade, torna-se essencial que a parceria anteriormente descrita também se evidencie com outros setores da sociedade, através da criação de políticas de saúde que promovam a atividade física como uma atividade do quotidiano (WOD, 2023).

2.2. Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar através da atividade física: intervenção do enfermeiro

O conceito de promoção da saúde é definido como um processo que tem como objetivo capacitar os indivíduos e comunidade a gerir a própria saúde com o intuito de a melhorar (Organização Mundial da Saúde, 2021b). De modo a alcançar a saúde, definida pela OMS (2021b) como um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não somente a ausência de doença ou enfermidade, é necessário ter consciência de que esta se traduz num recurso para a vida e não como a finalidade para a vida (DGS, 2003). Assim, promover a saúde não é somente responsabilidade do setor da saúde, mas também de outros setores - como sociais, educativos, económicos, entre outros -, bem como do ambiente no qual o indivíduo se encontra inserido, reconhecendo-se a importância da implementação e atualização de políticas de saúde (DGS, 2003).

Com o aumento das doenças crónicas não-transmissíveis, como a obesidade infantil, a intervenção do enfermeiro tem sido direcionada cada vez mais para uma lógica de prevenção primária, na medida em que esta é reconhecida por evitar o aparecimento de doenças e promover a saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], s.d.). Segundo Hockenberry (2019), a melhor forma de prevenção passa pela educação e orientações antecipatórias. Assim, esta primeira linha de prevenção verifica-se na prestação de cuidados de enfermagem, através da promoção de

comportamentos e estilos de vida saudáveis ou aumento da imunização contra doenças, como a implementação de legislação que proteja a saúde individual e pública, incentivo à prática de atividade física e a imunização contra doenças (OMS, s.d.). A promoção da saúde da criança leva a que o enfermeiro garanta a equidade no acesso à saúde e aos recursos e oportunidades que possibilitem a capacitação de todas as crianças para que consigam alcançar um maior potencial de saúde, reduzindo as diferenças no *status* de saúde (Hockenberry, 2019).

Nas últimas décadas, tem-se verificado um declínio importante do tempo e espaço para as atividades físicas e para o brincar, quer no contexto familiar, quer no escolar, comunitário e espaços exteriores, refletindo-se no desenvolvimento das competências motoras, sociais, cognitivas e emocionais das crianças (Neto, 2020). Neto (2020) identifica possíveis razões para a diminuição da atividade física e do brincar, nomeadamente, alterações rápidas na sociedade associadas a transições epidemiológicas, demográficas, na mobilidade ativa – ausência do jogo de atividade física -, nutricionais e na utilização de novas tecnologias; superproteção parental; falta de independência da criança para realizar percursos com autonomia e utilizar espaços verdes e públicos; diminuição da literacia física, motora e lúdica, aumentando o sedentarismo infantil; ausência do tempo de recreio e elevado número de horas em atividades letivas; horários completos, organizados e estruturados com atividades extracurriculares e trabalhos de casa; ausência de harmonia entre o tempo dos pais no trabalho, o tempo das crianças na escola e o tempo despendido em família.

Assim, e tendo em consideração a criança em idade pré-escolar, o enfermeiro presta cuidados promotores da saúde da mesma, através da promoção da atividade física não-estruturada, como o brincar livre e jogo de atividade física, trabalhando em parceria com as unidades de saúde, a escola e a família.

Nas unidades de saúde, principalmente no que se referem aos cuidados de saúde primários, o enfermeiro presta cuidados antecipatórios nas consultas de promoção e vigilância de saúde infantil, sendo que se encontra contemplado nos mesmos a necessidade de abordar as práticas desportivas, culturais e de tempos livres da criança em idade pré-escolar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013). Embora em contexto hospitalar a promoção da atividade física se possa constituir como de carácter mais difícil, devido ao quadro de doença aguda da criança, o enfermeiro deve procurar oportunidades que potenciam a adoção de comportamentos de saúde por parte da criança pré-escolar e família, permitindo que a mesma brinque e se movimente, mesmo durante o internamento (Regulamento n.º 422/2018).

O recreio escolar constitui-se como um tempo e espaço ótimos para a promoção de saúde da criança pré-escolar, uma vez que permite que a mesma adote comportamentos fisicamente ativos, sentindo prazer durante os jogos e brincadeiras, potenciando a prática de atividade física (Lopes et al., 2012). Sendo o recreio, habitualmente, ao ar livre, torna-se um fator importante para o aumento da atividade física (Dankiw et al., 2020). Segundo Reimers e colaboradores (2018), brincar no recreio com os pares, para além de promover o companheirismo, também se traduz num incentivo à brincadeira e à prática de atividade física. Segundo o Referencial de Educação para a Saúde é essencial a criação de condições, quer no recreio quer noutros espaços de lazer partilhados pelas crianças, para o incentivo à prática de atividades desportivas (Carvalho et al., 2017). De acordo com Carvalho e colaboradores (2017), no que respeita à educação pré-escolar, é preponderante que o professor reconheça: (a) comportamentos promotores de saúde; (b) a importância da atividade física na promoção da saúde da criança e da socialização entre os pares; (c) que diferentes práticas de atividade física, desenvolvem diferentes capacidades motoras na criança, como o correr, saltar ou trepar; (d) o jogo como um momento rico para o desenvolvimento do trabalho em equipa, do espírito competitivo e para o cumprimento de regras; (e) a importância de realizar atividades recreativas ao ar livre; (f) os desafios inerentes à prática de atividade no meio escolar, adotando uma postura positiva perante os mesmos. Assim, o enfermeiro deve trabalhar em parceria com os professores e com a estrutura organizacional escolar no sentido de incentivar a prática de atividade física no recreio, através das brincadeiras livres, identificando estratégias e atividades a serem desenvolvidas e referindo os benefícios da mesma para a criança pré-escolar.

A família é central no que respeita à prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar, uma vez que esta também se constitui como alvo de cuidados de enfermagem, segundo a filosofia dos cuidados centrados na família. Esta é considerada como o primeiro agente educativo no que concerne à promoção de hábitos de saúde da criança, sendo que pais ativos influenciam significativamente a participação dos filhos em atividades físicas e/ou brincadeiras livres (Cardoso et al., 2019; Reimers et al., 2018). Lee e colaboradores (2021), acrescentam que estes resultados são mais evidentes em pais com uma relação positiva com a atividade física e a recreação. Segundo Schmutz e colaboradores (2018), os irmãos podem ser considerados como facilitadores ou inibidores dos níveis de atividade física das crianças mais novas, uma vez que a criança pré-escolar tendencialmente imita os

comportamentos ou brinca com os irmãos mais velhos. Deste modo, o enfermeiro deve ter uma ação junto da família – pais, irmãos, cuidadores principais – de modo a consciencializar os mesmos para as diferentes oportunidades e estratégias promotoras de atividade física. Torna-se importante a compreensão das razões para a não adoção de comportamentos saudáveis da criança em idade pré-escolar, sendo imprescindível conhecer as experiências e perceções parentais sobre a prática de atividade física neste estágio de desenvolvimento.

Esta mudança de comportamento só é possível através do *empowerment* da família, uma vez que este resulta da interação entre o profissional e os familiares com o objetivo de que os mesmos mantenham ou adquiram a noção de controlo sobre a situação da criança e que reconheçam as alterações positivas que resultam da melhoria progressiva das suas capacidades e ações (Hockenberry, 2019). Pese embora o anteriormente descrito, a opinião e perspetiva da criança relativamente à sua situação de saúde deve ser tida em consideração desde cedo, possibilitando, assim, a construção e desenvolvimento do seu *empowerment* (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2019).

2.3. Conceções teóricas de enfermagem

No presente subcapítulo são apresentados os referenciais teóricos que, concomitantemente com a evidência científica mais atualizada sobre a temática, foram orientadores da prática clínica e da elaboração deste relatório, nomeadamente os Cuidados Centrados na Família (CCF) e o Modelo de Promoção da Saúde desenvolvido por Nola Pender. As conceções teóricas identificadas nortearam a reflexão sobre a prática, bem como sobre as competências de EEESIP adquiridas e/ou consolidadas.

2.3.1. Cuidados centrados na família

Na prestação de cuidados de enfermagem em pediatria, a principal preocupação do enfermeiro está relacionada com a promoção da saúde e garantia do bem-estar da criança e família (Hockenberry, 2019). Assim, este deve ter em atenção não só as especificidades da criança, como também a dinâmica familiar onde esta se encontra inserida. Para dar resposta a esta necessidade, surgem os Cuidados Centrados na Família (CCF), que são uma abordagem ao planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde baseados numa parceria com benefícios quer para o cliente, quer para a família e para o profissional de saúde. Esta parceria entre a tríade é essencial

para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Institute for Patient- and Family-Centered Care [IPFCC], 2017).

Segundo o IPFCC (2017), os CCF são orientados segundo quatro pressupostos basilares - dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração -, evidenciando a importância da adoção de uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e a família no estabelecimento de uma relação de confiança promotora de uma tomada de decisão consciente, informada e segura relativamente ao plano de saúde da criança.

Os CCF são considerados uma filosofia de cuidados que reconhece a família como peça fundamental na vida da criança e constituem-se como uma abordagem que possibilita a integração e cooperação entre a família e os profissionais de saúde, onde os últimos têm o dever de reconhecer as pessoas envolvidas no cuidado à criança e integrá-las no mesmo (Hockenberry, 2019; Tsutumi et al., 2023). Deste modo, no que concerne à família, o enfermeiro reconhece a importância da sua presença, escuta-a, promove o conforto num ambiente estranho, envolve-a, demonstra interesse, preocupação e afeto, potencializa as suas competências e, principalmente, individualiza o cuidado de enfermagem (Hockenberry, 2019). Segundo Hockenberry (2019), existem dois conceitos básicos nos quais assentam os CCF, nomeadamente a capacitação e o *empowerment*. O enfermeiro capacita a família através da criação de oportunidades e meios que possibilitem a aquisição ou consolidação de capacidades e competências, com o intuito dos mesmos conseguirem dar resposta às necessidades da criança (Hockenberry, 2019). No que respeita ao *empowerment*, este resulta da interação entre o enfermeiro e a família, no qual a última assume o total controlo pela dinâmica familiar e toma consciência das mudanças positivas resultantes da adoção de comportamentos promotores do desenvolvimento de capacidades, ações e forças pessoais (Hockenberry, 2019). Ashcraft e colaboradores (2019), acrescentam, ainda, que o *empowerment* parental se constitui como um processo que permite aos pais o desenvolvimento de um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a situação de saúde da criança, traduzindo-se numa maior confiança e controle não só no que respeita ao cuidado direto à criança, mas também na interação com os profissionais e instituições de saúde. Familiares empoderados demonstram: (a) envolvimento nos cuidados diários à criança – crença de que conseguirão desenvolver as habilidades e capacidades necessárias para dar resposta às necessidades da criança, assim como atendem às necessidades de segurança da mesma, ajudando-a na autogestão da sua situação de

saúde; (b) gestão de sintomas – identificam precocemente fatores que desencadeiam sintomas, reduzindo a exposição da criança aos mesmos; (c) necessidade de informação melhoradas – demonstram ter capacidade para encontrar novas informações e suporte, procurando os seus direitos e responsabilidades, bem como os melhores recursos médicos e educacionais; (d) envolvimento nas decisões de cuidados – considerados parceiros nos cuidados, demonstrando maior confiança no envolvimento e negociação dos mesmos, estabelecendo metas para o futuro; (e) defesa da criança/família – apresentam confiança, conforto e capacidade para defender a criança e família, questionando os profissionais de saúde, tornando-se parte ativa na tomada de decisão; (f) capacitação de outros – partilham as suas histórias de esperança, capacitando os outros (Ashcraft et al., 2019).

Assim, quando um dos objetivos da intervenção do enfermeiro se traduz na promoção de comportamento de saúde em crianças em idade pré-escolar, nomeadamente através da implementação de comportamentos de vida saudáveis relacionados com a atividade física, e tendo em consideração que a criança é totalmente dependente da família, é essencial ter conhecimento das perspetivas e do grau de importância do comportamento de saúde para a família e criança, de forma a ser possível adaptar a ação de enfermagem.

2.3.2. Modelo de promoção da saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender tem como fundamentos basilares a perspetiva holística de enfermagem, a teoria de aprendizagem e a psicologia social, sendo estes resultado da formação da autora em enfermagem, educação, psicologia experimental e desenvolvimento humano (Murdaugh et al., 2019; Wilson, 2022). Este modelo integra diversas construções, sendo central a teoria da aprendizagem social postulada por Bandura (1977), uma vez que este considerava os processos cognitivos como essenciais para a mudança de comportamento. A teoria de aprendizagem social, atualmente intitulada de teoria cognitiva social, inclui três crenças pessoais, nomeadamente a autoatribuição, autoavaliação e autoeficácia, sendo a última a construção principal do modelo em estudo (Wilson, 2022).

Assim, o Modelo de Promoção da Saúde propõe uma estrutura para integrar perspetivas de enfermagem e da ciência comportamental com fatores que influenciam o comportamento de saúde, constituindo-se como um guia para explorar os complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a adotar um comportamento de procura de saúde (Murdaugh et al., 2019). Este é orientado para a

competência ou abordagem, uma vez que o medo ou a ameaça não são considerados como fonte de motivação para a adoção de comportamentos saudáveis. Deste modo, é possível aplicá-lo a qualquer comportamento de saúde, bem como em qualquer estágio de desenvolvimento (Murdaugh et al., 2019).

O presente modelo de cuidados de enfermagem encontra-se dividido em três categorias *major*, constituídas por variáveis essenciais para a adoção de um comportamento promotor de saúde: características e experiências individuais, constituído pelos comportamentos anteriores relacionados e pelos fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais; cognições e afetação do comportamento, no qual se insere benefícios da ação percebidos, barreiras percebidas à ação, autoeficácia percebida, atividades relacionadas com a apresentação, influências interpessoais, normas, apoios ou modelos e influências situacionais; e resultados comportamentais, que integra o compromisso com o plano de ação e o comportamento de promoção de saúde (Anexo I) (Murdaugh et al., 2019).

Relativamente à primeira categoria, a autora refere que as características e experiências do indivíduo são únicas e que afetam as ações presentes e futuras, sendo a importância do seu efeito dependente do comportamento-alvo a ser alcançado (Murdaugh et al., 2019). Respeitante à segunda – cognição e afetação do comportamento -, as variáveis específicas do comportamento têm um importante significado motivacional, constituindo-se como um núcleo crítico, uma vez que podem ser modificadas através de intervenções de enfermagem. A avaliação destas variáveis é essencial para avaliar se a mudança é realmente resultado da intervenção (Murdaugh et al., 2019). Por fim, e no que respeita à última categoria, o comportamento de promoção de saúde é a finalidade do modelo em estudo e, em última análise, direcionado para alcançar resultados positivos de saúde para o indivíduo. Segundo Murdaugh e colaboradores (2019), quando comportamentos de promoção de saúde são integrados em estilos de vida saudáveis, estes resultam numa melhor saúde, capacidade funcional e qualidade de vida.

As práticas de cuidados de enfermagem assente neste modelo pressupõem uma mudança filosófica, uma vez que para além do foco ser salvar vidas, também é promover a qualidade de vida, constituindo-se como uma solução para as políticas de saúde e reforma dos cuidados de saúde, uma vez que permite compreender como o indivíduo se motiva para atingir o seu máximo de saúde (Wilson, 2022).

3. METODOLOGIA

O presente relatório de estágio é orientado segundo a Metodologia de Projeto, uma vez que esta assenta na resolução de problemas e permite relacionar a teoria e a prática, ou seja, desenvolver conhecimentos teóricos e científicos através da investigação para, posteriormente, ser aplicado na prática (Ferrito et al., 2010). Assim, com a aplicação da mesma, adquirem-se capacidades e competências pessoais através do desenvolvimento e execução de um projeto que é baseado num problema real e de interesse pessoal, inserido num contexto real (Ferrito et al., 2010).

A metodologia identificada constitui-se como: (a) intencional, uma vez que pressupõe um objetivo que orienta as diferentes atividades e que se relaciona com o produto final; (b) autêntica, com enfoque num problema real e original para quem o executa; (c) envolve complexidade e incerteza; (d) pressupõe a autonomia e iniciativa dos participantes, responsáveis pelo trabalho e aprendizagem (Ferrito et al., 2010). Esta também tem um carácter prolongado, encontrando-se dividida por diferentes etapas, sendo estas: identificação do problema e elaboração do diagnóstico da situação; definição de objetivos; planificação das atividades a serem desenvolvidas, assim como as estratégias a utilizar; execução das atividades em estágio; avaliação do projeto; e a divulgação dos dados obtidos (Ferrito et al., 2010).

Para a elaboração do presente relatório também foi utilizada uma metodologia reflexiva, visto ser sustentada pela investigação e tem como objetivo a resolução de problemas através de ações práticas (Ferrito et al., 2010). Assim, torna-se essencial a presença do pensamento reflexivo e crítico, uma vez que estes dão sentido à experiência vivida no decorrer do processo de aprendizagem, assim como garantem a prestação de cuidados de enfermagem seguros e eficazes (Peixoto & Peixoto, 2016; Peixoto & Peixoto, 2017).

A utilização do pensamento reflexivo perante uma situação de dificuldade e/ou dúvida, leva ao desenvolvimento de um processo mental, baseado na investigação e pesquisa, que permite criar uma situação nova e clara, que dê resposta ao problema inicial, colmatando-o (Peixoto & Peixoto, 2016). Como já referido, a prática reflexiva constitui-se como essencial para a aprendizagem, uma vez que possibilita pensar sobre a experiência, avaliá-la, para, posteriormente, se agir, ou seja, baseia-se na “ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação” (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122, citando Schön, 1983).

Aliado a este, o pensamento crítico constitui-se como um julgamento intencional e reflexivo resultante da “interpretação, análise, avaliação e interferência de um determinado aspeto da realidade (...) e não admite afirmações sem lhe reconhecer a legitimidade” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 126), dando sentido às experiências vivenciadas ao longo do processo de aprendizagem.

Benner (2001) refere que a aquisição e desenvolvimento de competências só é exequível quando o enfermeiro se encontra na prática, dando ênfase à importância da integração de momentos de estágio na formação. Assim, Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências, baseado no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, no qual identifica cinco níveis de proficiência – iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito -, que são resultantes da mudança expectável que advém do desenvolvimento e obtenção de competências. No entanto, a prática não se resume somente à realização de técnicas, esta exige que o enfermeiro se desenvolva noutras áreas, como no conhecimento, carácter e competência, para que assim seja possível promover o desenvolvimento da sua própria prática (Benner, 2001). Concomitantemente, a interligação entre a prática, a ciência e a tecnologia, reconhecem a noção de boas práticas de cuidados, sendo estes reguladores da ação do enfermeiro, como corroborado pela alínea c) do 109.º artigo do Código Deontológico do Enfermeiro, que refere o dever da atualização contínua dos seus conhecimentos, bem como na adequação da utilização das tecnologias, com ênfase na formação constante (Benner, 2001; Lei n.º 156/2015). Segundo Benner (2001), o EE deve saber comunicar eficazmente e tomar decisões; ser responsável, flexível, dinâmico e criativo; ter conhecimentos técnicos; ter iniciativa e espírito crítico; e deve reger-se segundo os ideais éticos e deontológicos que regulam a profissão. O mesmo é reforçado pelo Regulamento n.º 140/2019, que reconhece o EE como o profissional de saúde com competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Assim, o presente relatório tem como objetivo dar respostas às minhas necessidades formativas, explanando não só a aquisição e aprofundamento de competências comuns de EE, mas também competências específicas de EEESIP e de mestre.

O EEESIP é aquele que cuida da criança, jovem e família com segurança e conhecimento de nível avançado, satisfazendo as necessidades dos mesmos, com foco na harmonização do quotidiano da criança/jovem e/ou díade e na promoção de hábitos de vida saudáveis.

No que respeita às competências inerentes à aquisição do grau de mestre em enfermagem, este deverá:

a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006, p.2246).

4. DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo é realizada uma análise descritiva, crítica e reflexiva dos objetivos e atividades delineados para os diferentes locais de estágio. Tendo em consideração que a finalidade do presente relatório se traduz no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas para a gestão, supervisão e prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família (ESEL, 2022), foi, numa fase inicial, realizado um autodiagnóstico de necessidades formativas. Após a identificação das competências de EEESIP com necessidade de serem adquiridas e/ou aprofundadas, e tendo em consideração a temática em estudo, foram delineados dois objetivos gerais, numa lógica de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família. Assim, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediatria no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde;
- Desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da atividade física nas crianças em idade pré-escolar

O estágio decorreu durante dezoito semanas, de 26 de setembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023, em cinco locais de estágio distintos e de excelência, nomeadamente o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Serviço de Neonatologia (SN), Serviço de Internamento de Pediatra (SIP), Unidade de Desenvolvimento (UD) e Unidade de Saúde Familiar (USF), encontrando-se explanados no Apêndice I, como anteriormente referido.

Os estágios são momentos únicos não só de observação de situações reais, como também de intervenção em diferentes locais, onde estimula o aluno para a autorregulação, desenvolvimento de atitudes e capacidades, e mobilização de conhecimentos teóricos e práticos (Alarcão & Rua, 2005). Segundo Alarcão e Rua (2005), os estágios implicam a construção do saber profissional, de forma autónoma e contextualizada, relacionando e interligando os saberes disciplinares anteriormente adquiridos, com os saberes experienciais transmitidos pelos profissionais com experiência na área. Assim, é notória a importância dos momentos de estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que permitem tanto o

contacto com a prática, como a construção e consolidação da identidade profissional (Alarcão & Rua, 2005).

Tendo em consideração os objetivos gerais definidos anteriormente e a importância do estágio para o desenvolvimento do enfermeiro, foi realizado um Guia Orientador das Atividades de Estágio, com o intuito de sistematizar e orientar o percurso formativo, no qual consta uma descrição da problemática em estudo, os objetivos - gerais e específicos - e as atividades a serem desenvolvidas em cada local de estágio (Apêndice II). Torna-se essencial ressaltar que as atividades inicialmente delineadas foram sujeitas a adaptações e reajustes, não só devido às minhas necessidades formativas, como também em resultado da discussão da temática e atividades com os Enfermeiros Orientadores e Enfermeiros Gestores dos diferentes locais de estágio, uma vez que cada contexto tem as suas particularidades.

Existiram atividades desenvolvidas que foram comuns em todos contextos, como a realização de pesquisa sobre normas, protocolos e legislação em vigor, bem como pesquisa bibliográfica para aquisição ou aprofundamento de conhecimentos sobre determinadas temáticas em estudo. A pesquisa bibliográfica foi realizada tendo como base obras de referência em diferentes áreas da saúde – enfermagem, psicologia, medicina, entre outras -, assim como em bases de dados – *CINAHL*, *MEDLINE*, *Scielo*, *Google Académico* -, sendo estas suporte para os projetos desenvolvidos nos locais de estágio e para a presente reflexão crítica. Acrescento, ainda, que outra atividade desenvolvida, transversal a todos os locais de estágio, foi a realização de uma entrevista exploratória ao Enfermeiro Gestor e Enfermeiro Orientador, cujo principal objetivo foi conhecer a missão, visão, valores e modelo orientador pelo qual os enfermeiros se regem na sua prestação de cuidados diária.

Durante este percurso de estágios, foi realizada observação ativa e colaboração nos cuidados à criança, jovem e família, bem como reflexão individual e em parceria com o Enfermeiro Orientador. Estas ações levaram ao desenvolvimento de documentos resultantes de necessidades individuais e dos locais de estágio, culminando, principalmente no desenvolvimento de competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de mestre.

4.1. Serviço de urgência pediátrica

O primeiro estágio decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um hospital pertencente a um centro hospitalar da zona metropolitana de Lisboa. Este SUP recebe crianças e jovens com idades iguais ou inferiores a 18 anos menos 1 dia

e encontra-se dividido em duas grandes áreas: Triagem/Balcão; e a Sala de Observação (SO) e Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP). A área Triagem/Balcão encontra-se aberta das 9h às 22h e é a primeira linha na avaliação de situações de doença aguda, de pouco urgentes a emergentes. A área do SO e UCEP tem oito vagas disponíveis, sendo duas vagas utilizadas para SO e seis vagas para a UCEP, e encontram-se em funcionamento durante 24 horas. O SO tem como principal objetivo a observação de crianças e adolescentes durante um período inferior a 24 horas. Já a UCEP é utilizada para crianças e adolescentes que necessitem de internamentos superiores a 24 horas, de cuidados intermédios, de realizar o pós-operatório ou que estejam infetados com o vírus *SARS-CoV-2* – doravante referido como doença Covid-19. A equipa de enfermagem do SUP é constituída por 24 enfermeiros, sendo 5 EEESIP e 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), realizando turnos rotativos entre a Triagem/Balcão e o SO/UCEP.

Os objetivos específicos definidos para este contexto foram: (1) Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica; (2) Encaminhar a criança e/ou jovem com pré-obesidade/obesidade e/ou hábitos sedentários para cuidados especializados; (3) Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da atividade física; e (4) Capacitar a família para a promoção da atividade física da criança através de educação para a saúde.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de acompanhar a minha enfermeira orientadora enquanto EEESIP, bem como na gestão dos cuidados, enquanto responsável de turno, através da adequação dos recursos humanos e materiais nas diferentes áreas de atuação, adaptando a comunicação, delegação e o estilo de liderança à equipa com quem trabalhava, promovendo e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Através desta observação, foi possível compreender a importância da existência de EE nas diferentes equipas de saúde e desenvolver competências comuns de EE do **domínio “C – Domínio da gestão dos cuidados”** (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748). Também durante a prestação de cuidados diretos à criança, adolescente e família, enquanto EEESIP, foi possível verificar que a enfermeira orientadora era considerada como referência para os restantes colegas, apoiando-os na organização e gestão dos cuidados, na tomada de decisão e, por vezes, na gestão de conflitos com outros profissionais de saúde e/ou familiares, tornando-se a reflexão sobre esta prática e atitude, enriquecedora e

benéfica para a aquisição de competências comuns de EE, no que respeita às **unidades de competência A1.2** (liderança nos processos de tomada de decisão na sua área de especialidade), **B3.2** (colaboração na gestão do risco) e **D1.2** (criação de respostas de adaptação às situações, nomeadamente na resolução de conflitos) do Regulamento n.º 140/2019. A reflexão conjunta com a enfermeira orientadora sobre as diferenças na prática de cuidados no SUP e no local onde exerço funções atualmente – internamento de pediatria de outro centro hospitalar – permitiu a aquisição de competências comuns de EE quanto à **unidade de competência B1.1** (mobilização de conhecimentos para a garantia da qualidade dos cuidados) (Regulamento n.º 140/2019).

A prestação de cuidados no SUP inicia-se no momento da triagem, onde é realizada uma observação e avaliação da criança ou adolescente, de forma sistemática e criteriosa, de modo a definir os critérios de gravidade e o nível de prioridade de atuação, durante o mínimo de tempo possível, de acordo com o sistema de Triagem de Manchester (Despacho n.º 3762/2015). Para tal, é essencial existirem enfermeiros com um vasto leque de conhecimentos, com capacidade de adaptação, para dar resposta às diferentes situações com que se possam cruzar, e de comunicação, discursando de forma clara e concisa, de acordo com os diferentes estádios de desenvolvimento da criança, garantindo sempre a prestação de cuidados segundo os CCF. Assim, através da avaliação e atuação realizadas no momento da triagem, foi possível desenvolver competências específicas de EEESIP, nomeadamente a **unidade de competência E2.1**. (identificação de situações de instabilidade hemodinâmica ou risco de morte) (Regulamento n.º 422/2018).

Como referido anteriormente, a comunicação é essencial na construção de relações e, em enfermagem, esta terá sempre como principal foco a obtenção de ganhos terapêuticos para o cliente (Gomes et al., 2012, citado por Coelho & Sequeira, 2014). Coelho e Sequeira (2014), citando Bertone e colaboradores (2007), referem que a comunicação terapêutica tem como principal objetivo dar resposta às necessidades dos clientes, promovendo a “tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada” (p. 32). Durante o percurso de estágio, o investimento na comunicação com a criança e, principalmente com o adolescente – estágio de desenvolvimento identificado como de maior investimento aquando do preenchimento do autodiagnóstico –, foi um dos meus principais focos. Assim, no SUP tive a oportunidade de desenvolver estratégias de comunicação com os pais, através da demonstração de disponibilidade, resposta a

dúvidas e/ou inseguranças e validação de informações; com a criança, principalmente com a mobilização do brincar, não só para a promoção da expressão de sentimentos, mas também para a explicação dos procedimentos através da imaginação guiada ou da utilização de um boneco de referência (Oliveira et al. 2020); e com o adolescente, utilizando o reforço positivo e o humor na interação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010) para: a explicação de procedimentos invasivos, como a administração de terapêutica subcutânea no domicílio a uma adolescente que tinha realizado uma cirurgia ortopédica; a demonstração de estratégias para a aquisição de capacidades promotoras da autonomia do adolescente, através da explicação de utilização de meios auxiliares de marcha e da mobilização autónoma no leito; a gestão de emoções e aceitação da imagem corporal, através da criação de um ambiente seguro, reservado, livre de julgamentos, adotando uma postura disponível, imparcial, aberta, de escuta ativa e de ajuda na procura de soluções (Phaneuf, 2005; Smith, 2018), com um adolescente que tinha sofrido um acidente de viação, tendo resultado numa laceração na face e na fratura dos incisivos. Assim, considero que desenvolvi competências específicas de EEESIP, especificamente no que concerne às **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde) – com foco nos **critérios de avaliação E1.1.2.** (utilização de estratégias de comunicação de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família), **E1.1.3.** (utilização de estratégias que motivem a assunção de papéis de saúde) e **E1.1.4.** (mobilização de conhecimentos que potenciam o desenvolvimento de competências da criança/jovem e família para a gestão do processo de saúde/doença) -, **E2.5.** (promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e incapacidade) – **critério de avaliação E2.5.2.** (capacitação da criança e jovem para a adoção de estratégias de adaptação e *coping*) -, **E3.3.** (adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento) e **E3.4.** (promoção da autoestima do adolescente) – **critérios de avaliação E3.4.1.** (facilitação da expressão de emoções) e **E3.4.2.** (reforço da imagem corporal positiva) (Regulamento n.º 422/2018).

Quer na triagem/balcão, como no SO ou UCEP, durante a realização de procedimentos invasivos – colheita de sangue, punção venosa, zaragatoa nasal, administração de medicação por via intramuscular, entre outros - o controlo da dor constituiu-se sempre como um dos principais focos de atenção, uma vez que esta é considerada o 5.º sinal vital (Circular Normativa N.º 09/DGCG, 2003). Segundo a OE (2013), a utilização de estratégias não farmacológicas revela-se habitualmente eficaz

no controlo da dor aguda ligeira, procedimentos dolorosos de curta duração ou como coadjuvante de estratégias farmacológicas. Para dar resposta a esta afirmação, a UCEP tinha disponível um “Kit sem dor” que era utilizado com as crianças para a realização de procedimentos. Deste modo, e para além dos materiais existentes no *kit*, foram mobilizadas diversas medidas não farmacológicas, adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento, faixa etária e nível de urgência, em parceria com os pais, de acordo com a ideologia dos CCF: no recém-nascido (RN) ou lactente, através da promoção da amamentação, da contenção facilitada e da utilização de glicose a 30% com sucção não nutritiva (Correia et al., 2020; Gomes et al., 2018); no *toddler* e na criança pré-escolar, com a utilização da imaginação guiada, de estratégias de distração, da realização de uma breve explicação dos procedimentos e da promoção do colo (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018); na criança em idade escolar e no adolescente, com a explicação do procedimento, ensinamentos sobre exercícios respiratórios e reforço positivo (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012). Deste modo, foram desenvolvidas competências específicas de EEESIP relativas às **unidades de competência E2.2.** (gestão diferenciada da dor) e **E3.2.** (promoção da vinculação entre pais-RN) (Regulamento n.º 422/2018).

Na UCEP, uma vez que é uma unidade na qual os internamentos são mais prolongados, existe uma maior oportunidade para conhecer a criança/adolescente e família, no que diz respeito a antecedentes pessoais e familiares, dinâmica familiar e gestão individual da situação de saúde. Deste modo, e fundamentando a minha ação nos CCF, houve possibilidade, nos diferentes turnos, de apoiar na parentalidade, através da capacitação dos pais de RN e lactentes quanto à prestação dos cuidados de higiene ou gestão dos horários da alimentação; promover a vinculação pais-bebé, através do incentivo ao método canguru com os RN, ao colo e à amamentação; e transmitir orientações antecipatórias aos pais e crianças, relativamente a hábitos de sono, cuidados de higiene e estilos de vida saudáveis, como a práticas de atividade física regular. Assim, desenvolvi competências específicas de EEESIP respeitantes às **unidades de competência E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) e **E3.2.** (promoção da vinculação entre pais-RN) (Regulamento n.º 422/2018).

Uma vez que a minha enfermeira orientadora integrava a equipa do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR), tive possibilidade de entender como funcionava o processo de referência e o acompanhamento realizado a nível hospitalar após o mesmo. Para além do anteriormente referido, também desenvolvi um olhar mais atento relativamente aos comportamentos entre

criança/jovem e família quer na triagem, quer no SO e UCEP, promovendo momentos de reflexão a nível individual e com a enfermeira. Durante os meus primeiros turnos na UCEP, foi internado um lactente de 2 meses, com diagnóstico médico de bronquiolite aguda, vírus positivos para *Rhinovirus* e *SARS-Cov-2*, pelo que necessitava de isolamento. A criança nasceu com síndrome de abstinência, resultado do consumo de canabinóides pela mãe durante a gravidez, e aquando da entrada no serviço apresentava maus cuidados de higiene. No decorrer do internamento, em que eu e a enfermeira orientadora fomos responsáveis pela criança e família durante vários turnos seguidos, a mãe questionava repetidamente quando podia sair do quarto para ir fumar, encontrando-se durante a maioria do tempo a mexer no telemóvel, pegando cerca de uma vez no bebé ao colo durante o turno da manhã, interagindo e comunicando com ele por curtos períodos e prestando cuidados de higiene (mudança da fralda) somente quando era estimulada pelos profissionais. Verificou-se, também, que havia alturas em que a mãe falava e tocava no bebé quando se apercebia que nós nos estávamos a equipar na sala ao lado, uma vez que através da janela da porta, percebíamos que a mãe nos tinha visto e como tal, largado imediatamente o telemóvel e direcionado a atenção para o filho. Uma vez que só existiam breves notas de enfermagem sobre os comportamentos de interação da mãe com a criança durante o internamento no berçário, mas que o mesmo era reportado de forma objetiva e coincidente também por outros enfermeiros da UCEP, e a negligência infantil pode ser definida como uma falha repetida na satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança (Robinson, 2019, citando Dubowitz, 2014), eu e a minha enfermeira orientadora procedemos ao encaminhamento da criança para o NHACJR, de forma a ser realizada uma avaliação mais aprofundada pela equipa multidisciplinar. Assim, a reflexão sobre esta situação e a discussão de diferentes casos, fez com que desenvolvesse competências específicas de EEESIP relativas à **unidade de competência E1.2.** (diagnóstico e intervenção precoce em situações de risco para a criança/jovem e família) – **critério de avaliação E1.2.4.** (identificação de situações de risco para a criança, como a negligência) (Regulamento n.º 422/2018) e que me consciencializasse da importância da intervenção do enfermeiro para a garantia e defesa dos direitos da criança, como postulado pela Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019).

Deste modo, o supracitado dá resposta ao primeiro objetivo específico delineado. Quanto ao segundo objetivo específico definido para este estágio, embora a triagem seja um momento no qual a observação da criança ou adolescente deva ser

efetuada no menor tempo possível, deve ser realizada a avaliação dos dados antropométricos dos mesmos – nomeadamente o comprimento/altura e o peso -, uma vez que são essenciais não só para a prescrição e ajuste da dosagem da terapêutica, mas também para a identificação de possíveis comportamentos de risco. Através destes valores é rapidamente avaliado o IMC e, como tal, verificado se o resultado se encontra dentro do intervalo saudável ou não. Assim, na triagem, caso o enfermeiro verifique que a criança/adolescente apresenta um IMC sugestivo de pré-obesidade ou obesidade, este informa o médico que realizará, posteriormente, a referenciação para a Consulta Externa de Obesidade existente no hospital. Contudo, segundo Friedman e colaboradores (2022), esta nem sempre é uma prática frequente, uma vez que, no seu estudo, verificaram que não existe registo na nota de alta de recomendações ou referenciação das crianças, constatando-se uma desvalorização da obesidade enquanto condição crónica grave. Visto ter realizado poucos turnos na triagem/balcão, só tive a oportunidade de proceder ao encaminhamento de uma criança em idade pré-escolar para o médico, única com IMC sugestivo de pré-obesidade, de modo a ser realizada a devida referenciação. No entanto, considero que desenvolvi competências relativas às **unidades de competência E1.2.** (diagnóstico e intervenção precoce em situações de risco para a criança/jovem e família) - **critério de avaliação E1.2.2.** (encaminhamento para outros profissionais de referência) -, e **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil), respeitantes ao encaminhamento para outros profissionais de saúde de referência e à avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente (Regulamento n.º 422/2018).

A sobrelotação constante dos SUP com situações com baixo grau de urgência é, cada vez mais, uma realidade em Portugal, sendo esta afirmação corroborada por Rafael e colaboradores (2017), uma vez que no seu estudo, referem que mais de metade das crianças que recorrem a estas instituições, apresentam episódios pouco urgentes ou não urgentes. Assim, é possível considerar o SUP como um local privilegiado para a atuação do enfermeiro, não só no que diz respeito ao tratamento, mas também respeitante à deteção e prevenção. Tendo em consideração o aumento do número de crianças com excesso de peso e obesidade, bem como com comportamentos sedentários (Rito et al., 2023), o SUP constitui-se como um ambiente “oportunista” para abordar temas relacionados com comportamentos de vida saudáveis, nomeadamente a prática de atividade física. No entanto, quando foi abordado este assunto com os enfermeiros do SUP, a grande maioria referiu não ser uma prática habitual pela falta de tempo disponível, tendo em consideração o número

elevado de crianças e jovens que necessitam de cuidados. Tricks e colaboradores (2020), no seu estudo, identificam como principais barreiras para abordagem da temática da obesidade no SUP, a falta de opções de encaminhamento (78.6%) – algo que não se constitui como uma barreira no SUP onde realizei estágio, como referido acima -, a falta de tempo (77.8%), o receio quanto às opiniões negativas (77.3%), o facto de ser um problema familiar (61%) e a falta de conhecimento (53,1%), corroborando o anteriormente descrito. Friedman e colaboradores (2022) referem, no entanto, que os familiares, mesmo recorrendo ao SUP com os filhos numa situação de doença aguda, se encontram recetivos ao aconselhamento para a prevenção, ao rastreio e ao encaminhamento para tratamento da obesidade. Tendo em consideração a dificuldade identificada, foi desenvolvido um póster, direcionado aos pais, que explana os benefícios da atividade física, assim como identifica diversas propostas de atividades a serem realizadas de acordo com os diferentes estádios de desenvolvimento (Apêndice III). A estrutura e informação a constar no póster foram discutidas diversas vezes com a enfermeira orientadora, bem como com os restantes elementos da equipa, de modo a que este fosse o mais simples, claro, informativo e direcionado às necessidades da população. O póster ficou exposto da sala de espera do SUP, bem como nos expositores para informações existentes nos quartos do SO/UCEP, uma vez que segundo Henriques e colaboradores (2020), os pósteres são identificados como o terceiro meio de comunicação eleito pelos clientes nos serviços de saúde. Deste modo, o póster identifica estratégias promotoras de um estilo de vida saudável, nomeando os benefícios da adoção destes comportamentos, capacitando os pais para a mudança ou melhoria dos comportamentos de saúde dos próprios filhos (Murdaugh et al., 2019). Portanto, foi dada resposta ao terceiro e quarto objetivos específicos definidos para este local de estágio, bem como desenvolvidas competências comuns de EE do **domínio “D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749), específicas de EEESIP relativas às **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde) e **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) (Regulamento n.º 422/2018) e de **mestre**, uma vez que desenvolvi e apliquei novos conhecimentos sobre a minha temática, dando resposta a um problema identificado pela equipa (Decreto-Lei n.º 74/2006).

4.2. Serviço de neonatologia

O segundo estágio decorreu no Serviço de Neonatologia (SN) que pertence ao mesmo hospital do estágio anteriormente realizado. Este é composto pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) – 5 vagas – e a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais – 9 vagas – tendo disponível uma sala de isolamento utilizada para casos de Covid-19 positivos e uma sala específica para a humanização dos cuidados pós-morte do recém-nascido (RN). Neste serviço são admitidos RN até aos 28 dias de idade corrigida (IC). A equipa de enfermagem do SN é constituída por 38 enfermeiros, sendo 9 EEESIP e 1 EEER.

Os objetivos específicos delineados para este local de estágio foram: (1) Prestar cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos neonatais, com enfoque no cliente RN e respetiva família; (2) Prestar cuidados centrados na família que sejam promotores da vinculação e desenvolvimento do RN; e (3) Promover a literacia em saúde da família sobre posicionamentos no RN.

Com o exponencial desenvolvimento tecnológico e o aumento do conhecimento nas áreas da enfermagem e medicina intensiva, comparando com anos anteriores, a probabilidade de sobrevivência de um RN considerado de risco é superior (Caporali et al., 2020). O SN – quer os cuidados intensivos quer os cuidados intermédios – constitui-se como um ambiente tecnologicamente avançado que tem como objetivo primordial dar resposta às necessidades do RN instável, com um elevado risco de vida associado, cujas condições de saúde e estado hemodinâmico se encontram em constante alteração (Ribeiro et al., 2015). É considerado RN de alto risco aquele que apresenta um maior risco de mortalidade e morbidade comparativamente com a média dos RN, estando habitualmente relacionada com circunstâncias ou condições decorrentes do nascimento e posterior adaptação à vida extrauterina (Fisher, 2019). A classificação do RN de alto risco é realizada, geralmente, de acordo com o peso, a idade gestacional e os problemas fisiopatológicos predominantes, sendo que se encontra incluído o recém-nascido pré-termo (RNPT), o recém-nascido de baixo peso (RNBP) e o recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP) (Fisher, 2019).

Tendo em consideração a instabilidade hemodinâmica destes RN e as especificidades e particulares inerentes à sua situação de saúde, torna-se fulcral a minimização do risco. Como tal, é realizada dupla verificação medicamentosa, principalmente no que concerne à terapêutica endovenosa, e registada no sistema informático. Assim, foram desenvolvidas competências de EE relacionadas com a **unidade de competência B3.1** (promoção de um ambiente gerador de segurança e

proteção dos indivíduos) – especificamente o **critério de avaliação B3.1.3** (aplicação de princípios que garantam a segurança da administração de substâncias pelos pares) (Regulamento n.º 140/2019).

O RNPT, quando internado no SN, está sujeito a uma grande sobrecarga de estímulos sensoriais, com impacto no desenvolvimento do sistema nervoso central, pelo que os cuidados centrados no desenvolvimento (CCD) têm uma enorme importância, uma vez que se traduzem em práticas sistematizadas, adequadas às necessidades do RN e família, que promovem o seu desenvolvimento neurológico (Ferraz et al., 2022). Para tal, foi desenvolvido o Modelo de Cuidados Integrativos de Desenvolvimento Neonatal, orientador para a prestação de cuidados no SN, no qual são identificadas 7 medidas neuroprotetoras para o cuidado centrado na família, sendo elas: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; proteção do sono; minimização do *stress* e da dor; proteção da pele; e otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2016).

Na observação da prestação de cuidados ao RNPT pela minha enfermeira orientadora, bem como aquando da minha participação ativa nos mesmos, tive a possibilidade de compreender a importância e o impacto que a implementação dos CCD neonatal têm para o RN prematuro. Assim, no SN foram realizadas diversas intervenções orientadas segundo o modelo supracitado, nomeadamente: (a) gestão da luminosidade, ruídos e temperatura das unidades, principalmente na UCIN – local onde os RN estão mais instáveis -, através da definição de uma hora específica para se baixar os estores da sala e reduzir as luzes, da proibição da utilização de dispositivos móveis com som, da colocação de uma capa protetora sobre as incubadoras, do silenciamento rápido dos alarmes das máquinas e da constante adaptação da temperatura no interior da incubadora, como corroborado por Medeiros e colaboradores (2023); (b) incentivo à entrega de um objeto com o cheiro da mãe para ser colocado dentro da incubadora, uma vez que facilita a reorganização do RN e a predisposição para a alimentação (Altimier & Phillips, 2016); (c) gestão dos cuidados de enfermagem, agrupando os mesmos conforme tolerância do RN, com o intuito de o manipular o mínimo possível, garantindo a melhoria e proteção dos momentos de sono, a manutenção da temperatura corporal e a melhoria do padrão respiratório (Goes et al., 2022); (d) correto posicionamento e manipulação, uma vez que, para além do referido acima sobre a mínima manipulação, é garantido o adequado alinhamento céfalo-caudal, através da utilização de dispositivos de posicionamento de suporte terapêutico – como ninhos, rolos, rãs, almofadas de gel -,

promovendo a reorganização, conforto e minimização da dor do RN (Goes et al. 2022; Soares & Santos, 2020); (e) minimização do *stress* e dor, através da contenção tátil dos membros do RN durante a mudança da fralda, da utilização da sacarose 24% com sucção não nutritiva ou amamentação durante procedimentos dolorosos, como colheitas de sangue, colocação de cateteres venosos e colheita de gasimetria, sempre com recurso à escala de avaliação da dor Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) – escala de referência para o SN (Correia et al., 2020; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010; Goes et al., 2022; Santos et al., 2021); (f) proteção da pele, com a adequação dos níveis de humidade dentro da incubadora em RNPT com idade gestacional inferior a 30 semanas, a gestão do momento do banho – em RN termo em dias alternados e RNPT de 3/3 dias, sempre que não têm dispositivos médicos - e a utilização mínima de adesivos, mas quando necessários, estes são adequados à pele do RN, causando o menor risco de lesão – adesivos validados pelo Grupo da Pele existente no SN (Altimier & Phillips, 2016; Kurimoto et al., 2022); (g) otimização da nutrição, através do incentivo à amamentação – acoplado à mama a partir das 32 semanas de IG -, à extração de leite materno para ser administrado por sonda nasogástrica (SNG), à realização de *finger-feeding* pela enfermeira ou à utilização do biberão, sempre de acordo com a disponibilidade e tolerância do RN e pais; e (h) promoção do contacto pele a pele, através não só da amamentação, mas também do toque, quando o RNPT ainda se encontra restrito à incubadora, e ao estímulo à realização do método canguru durante pelo menos 1 hora – uma vez que este permite a criação de vínculo afetivo entre pai/mãe-RN e o desenvolvimento motor e cognitivo, diminui o stress do RN estabilizando os seus sinais vitais e reduz a morbidade e mortalidade associada à situação de saúde da criança (Luz et al., 2021).

Recordo-me de uma situação em que prestava cuidados com a minha enfermeira orientadora a um RNMBP, com 25 semanas de IC, e de lhe ter dito “agora sim, mais do que o que lia na literatura, percebo perfeitamente o impacto que as nossas intervenções têm na hemodinâmica e conforto da criança” (sic), porque os cuidados prestados eram baseados nos CCD, no qual se inseriam algumas das intervenções supracitadas. Deste modo, através da implementação das estratégias anteriormente identificadas, baseadas na filosofia dos CCF e na evidência científica atualizada, considero que desenvolvi competências específicas de EEESIP relativas às **unidades de competência E2.2.** (gestão diferenciada da dor), **E2.5.** (promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e incapacidade) e **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) (Regulamento n.º 422/2018).

O nascimento de um filho constitui-se como uma transição no ciclo familiar, uma vez que pressupõe uma reorganização de papéis a nível conjugal, das relações estabelecidas com a família alargada e dos contextos nos quais se inserem. A transição para a parentalidade traduz-se na passagem da noção de díade para tríade, na qual o casal se constitui como prestador de cuidados, protetor e responsável por um ser totalmente dependente dele (Silva et al., 2021). Deste modo, quando existe o nascimento de um bebé prematuro com necessidade de ficar internado num SN, este processo pode ser considerado fonte de *stress*, quer para o RN quer para os pais (Ribeiro et al., 2015; Sousa & Curado, 2021). O processo de hospitalização de um filho, principalmente numa unidade especializada como o SN, pode ser causador de um sofrimento intenso para os pais, podendo desencadear “problemas emocionais e psicológicos, como inquietação, preocupação, sentimento de culpa, medo, vergonha, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, fadiga, luto, isolamento social e transtorno de estresse pós-traumático” (Cruz et al., 2021, p. 54). Durante o decorrer do estágio, e em discussão com a enfermeira orientadora, verificou-se uma redução da presença dos pais durante o internamento do filho em comparação com anos anteriores, que a mesma acredita estar relacionado principalmente com o facto dos pais viverem fora da região metropolitana de Lisboa – resultado do encerramento, por períodos, de diversos blocos de parto. Assim, os momentos em que os pais se encontravam presentes, constituíam-se como essenciais para apoiar na parentalidade, promover a vinculação entre os mesmos e o RN, e transmitir orientações antecipatórias, preparando desde o início o momento da alta. Para tal, por norma, existia um enfermeiro de referência para cada família, que prestava os cuidados diretos à mesma, garantindo assim o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança entre os pais-enfermeiro. Na maioria das vezes, quando se verificava que esta relação já estava estabelecida, era notório o à vontade que os pais sentiam com a nossa presença, mostrando uma maior abertura e menos medo, para a execução de procedimentos com supervisão – como a mudança da fralda, a realização do método canguru, o dar o banho e/ou a alimentação com biberão ou mama - e para questionar e colocar dúvidas sobre a situação de saúde do filho, considerando-nos família, uma vez que éramos apelidadas de “tias” (sic). No entanto, quando os pais não conseguiam ir ao serviço, tinham o contacto direto do serviço, sendo dada uma breve informação sobre o estado geral da criança, o que os deixava mais tranquilos, reduzindo o sentimento de culpa relacionada com a sua ausência. Nestes momentos, também era realizado o Diário do RNPT, onde o enfermeiro registava as conquistas

personais – como, por exemplo, o alcance do primeiro quilograma ou a primeira alimentação por via oral -, deixava mensagens aos pais a reforçar as suas aquisições de competências, servindo o mesmo não só para fortalecer o processo de vinculação pais-RN-enfermeiro, mas também gerir as emoções relacionadas com o internamento do SN, promovendo a esperança (Charepe, 2014; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Estas intervenções têm especial importância não só para os pais, mas para os enfermeiros. Recordo-me do internamento de 2 gémeas, em que a mãe ainda se encontrava internada no Serviço Puerpério, sendo o pai o único acompanhante. O pai era autónomo na prestação de cuidados às filhas - alimentação, mudança da fralda, banho - e solicitava a nossa colaboração para o ajudar a fazer canguru com ambas. Durante os diferentes momentos, pedia para serem tiradas fotografias, para depois ele conseguir mostrar à esposa, uma vez que esta ainda não tinha possibilidade de ir visitar as filhas, possibilitando uma maior proximidade. No dia seguinte, foi entregue um cartão ao pai, para o mesmo entregar à mãe das bebés, que dizia “És a melhor mãe do mundo!” e tinha o pé de cada uma das filhas estampado com tinta, com os respetivos nomes. Esta intervenção reforça a importância dos cuidados de enfermagem serem centrados não só no RN, como também na família, dando ênfase à necessidade de serem humanizados e individualizados, tendo em consideração as necessidades sentidas pelas famílias, com foco na empatia, respeito, afetividade, disponibilidade e intencionalidade da ação (Barros et al., 2023). Assim, considero que foram desenvolvidas competências de EEESIP respeitantes às **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde), **E2.5.** (promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e incapacidade), **E3.2.** (promoção da vinculação entre pais-RN) e **E3.3.** (adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento) (Regulamento n.º 422/2018).

O momento da alta do SN constitui-se como uma circunstância de dualidade para os pais. Ora ficam felizes por regressar a casa com os seus filhos, ora ansiosos e com medo de não conseguirem dar resposta às necessidades do bebé. Deste modo, a preparação para a alta é realizada durante o internamento, o mais precocemente possível, através da capacitação dos pais para a satisfação das necessidades básicas fundamentais da criança, bem como do fornecimento de informações relacionadas com a segurança do RN, gestão do regime terapêutico e recursos de apoio na comunidade (OE, 2011). No SN, no dia anterior à alta, é enviado para os pais, via *e-mail*, o “Livro da Alta”, com consentimento dos pais, para que seja possível responder

a todas as dúvidas e preocupações em tempo útil, como reforça a OE (2011) através da importância da existência de *guidelines* para a uniformização dos cuidados. Também é realizada uma chamada de *follow-up*, se os pais o autorizarem, cerca de 48 horas após a alta, de modo a avaliar a adaptação da família à nova realidade, a responder a dúvidas e a reforçar comportamentos de procura de cuidados de saúde (OE, 2011). Assim, tendo em consideração as intervenções realizadas no momento da alta, considero que desenvolvi competências específicas de EEESIP relacionadas com as **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde) – especificamente o **critério de avaliação E1.1.7.** (identificação e estabelecimento de redes de apoio na comunidade) -, **E2.5.** (promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e incapacidade) e **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) (Regulamento n.º 422/2018).

Tendo em consideração o supracitado, considero que dei resposta aos primeiro e segundo objetivos específicos definidos para este local de estágio. Quanto ao terceiro objetivo delineado, quando o projeto foi discutido com a enfermeira orientadora, a mesma referiu que no SN optam por não incentivar os pais a utilizarem dispositivos de apoio ao posicionamento no domicílio. Como tal, o objetivo e atividades foram adaptados de acordo com as necessidades do serviço, tendo sempre em consideração a temática em estudo, após discussão do projeto com o Grupo de Trabalho do Desenvolvimento e a EEER da equipa. Este grupo já tinha desenvolvido um protocolo de estimulação motora do RN com Doença Metabólica Óssea da Prematuridade (DMO), no entanto surgiu a necessidade de integrar os pais nos cuidados, tornando-os parte ativa no processo de saúde dos filhos, como postulado pelos CCF. Deste modo, surgiu a “Proposta de projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família com doença metabólica óssea da prematuridade” (Apêndice IV). Este projeto tem como objetivos informar e apoiar os pais de RN com DMO na assunção do papel parental, através da elaboração de um folheto informativo sobre a patologia e os cuidados a ter relacionados com a mesma, assim como promover a esperança realista através da identificação de estratégias que motivem a participação dos mesmos nos Grupos de Ajuda Mútua (GAM). Teve como base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O folheto foi desenvolvido com o objetivo de transmitir informação aos pais relativamente à DMO, surgindo não só como estratégia de educação para a saúde (EpS) com o intuito de aumentar a

literacia em saúde nesta área específica, mas também como promotor do papel parental, capacitando os pais para a prestação de cuidados ao filho com esta patologia. Segundo Barik e colaboradores (2019), os folhetos informativos quando aliados à transmissão de informação pelo profissional de saúde ainda se constituem como um método eficaz para a aquisição de conhecimento. O incentivo à participação no GAM já existente no SN surge como uma estratégia facilitadora do processo de ajustamento de pais de crianças com necessidades especiais de saúde, sendo reconhecida como uma intervenção promotora de esperança, uma vez que permite a partilha de sentimentos e vivências, muitas vezes semelhantes com as de outros pais (Carvalho & Charepe, 2020; Charepe, 2014). Portanto, a elaboração da presente proposta de projeto, surge através da necessidade de colmatar as barreiras, identificadas pelos enfermeiros, ao cuidado ao RN com DMO pelos pais, assim como da possibilidade de partilhar sentimentos relacionados com o processo de saúde-doença do filho (Murdaugh et al., 2019). Deste modo, considero que desenvolvi competências comuns de EE referentes às **unidades de competência B1.1.** (mobilização de conhecimentos para a garantia da qualidade dos cuidados) e **B2.2.** (planeamento de programas com foco na melhoria contínua dos cuidados) (Regulamento n.º 140/2019), específicas de EEESIP quanto às **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde) – focando o **critério de avaliação E1.1.3.** (utilização de estratégias que motivem a assunção de papéis de saúde) -, **E1.2.** (diagnóstico e intervenção precoce em situações de risco para a criança/jovem e família), **E2.3.** (prestação de cuidados de enfermagem apropriados às doenças raras), **E2.5.** (promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e incapacidade) e **E3.2.** (promoção da vinculação entre pais-RN) (Regulamento n.º 422/2018), e de **mestre**, uma vez que aprofundei conhecimentos anteriormente adquiridos com o objetivo de desenvolver soluções para dar resposta a uma necessidade identificada (Decreto-Lei n.º 74/2006).

4.3. Serviço de internamento de pediatria

O terceiro estágio decorreu no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) pertencente a um hospital pediátrico de referência de um centro hospitalar na zona metropolitana de Lisboa, constituindo-se como o local onde exerço função atualmente. Este serviço tem 12 vagas disponíveis, podendo chegar às 14 vagas, quando é acionada contingência do hospital. Nele são admitidas crianças dos 0 aos 8 anos, com

diagnóstico de doença aguda, ou agudização da sua condição crónica, provenientes do SUP, Consulta Externa, outros serviços do mesmo hospital ou de outros hospitais. A equipa de enfermagem do serviço é composta por 21 enfermeiros, no qual 7 desempenham funções enquanto EEESIP.

Para este local de estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- (1) Prestar cuidados de enfermagem à criança e família em contexto de internamento;
- (2) Encaminhar a criança com pré-obesidade/obesidade para cuidados especializados;
- (3) Identificar necessidades e dificuldades da equipa para a promoção da atividade física;
- (4) Capacitar a família para a promoção da atividade física da criança através de Educação para a Saúde.

Embora desempenhe funções enquanto chefe de equipa no serviço, no qual realizo a distribuição dos enfermeiros por crianças, a gestão de vagas e, por vezes, de medicação, tive a possibilidade de conhecer e compreender o funcionamento organizacional do serviço através da observação do enfermeiro orientador, uma vez que este para além de EEESIP também é o Enfermeiro Gestor (EG). Assim, entendi o funcionamento quanto à realização dos horários não só da equipa de enfermagem como também das assistentes operacionais, à tomada de decisão relativamente à situação de saúde das crianças internadas entre o EG e o responsável clínico do serviço, à gestão do stock dos recursos materiais e medicação, à gestão das vagas disponíveis, tendo em consideração as necessidades do hospital, bem como à formulação dos planos de contingência de acordo com as normas do hospital. Deste modo, considero que aprofundi e desenvolvi competências comuns de EE relativas à **competência “B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro” e ao domínio “C – Domínio da gestão dos cuidados”** (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747-4748).

O SIP dá resposta a uma população muito variada a nível sociocultural, pelo que se torna imprescindível que o enfermeiro detenha um conhecimento vasto sobre as diferentes culturas e costumes, assim como uma compreensão do meio em que a criança e família se inserem, adequando, assim, a sua intervenção. Este conhecimento permite o estabelecimento de uma relação simples entre enfermeiro-criança-família, uma vez que a multiculturalidade já não se constitui como uma barreira (França et al., 2022). No decorrer do estágio, e tendo em consideração as diferentes culturas das crianças e família internadas, tive a possibilidade de refletir sobre os cuidados prestados, e de adequar a minha intervenção tendo em vista o bem-estar e benefício para a saúde da criança e família. Assim, foram desenvolvidas intervenções neste âmbito, nomeadamente: a utilização constante de auxiliares de

tradução, como o *Google Tradutor*, de forma de facilitar a transmissão de informação sobre a situação de saúde da criança aos pais; a solicitação de um tradutor certificado ao centro hospitalar ou de um familiar de referência da família que compreenda português – por exemplo, quando as crianças vêm evacuadas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), têm família em Portugal o que facilita a comunicação e continuidade dos cuidados; o respeito pelos momentos de oração na cultura muçulmana – ausentei-me do quarto com a criança que necessitava de ser alimentada enquanto a mãe se encontrava a rezar; a personalização da dieta da criança tendo em consideração as restrições alimentares; a facilitação da entrada do pastor, em qualquer horário do internamento, para abençoar crianças e famílias, na cultura cigana; a solicitação da presença do capelão do hospital para crianças e famílias católicas; a manutenção dos amuletos nas crianças da cultura chinesa e hindu que vão para o BO – poderá ou não ser removido no momento da cirurgia; junção de crianças com as mesmas culturas nos quartos, sempre que possível. Assim, considero que foram desenvolvidas competências comuns de EE respeitantes às **unidades de competência A2.1** (proteção dos direitos humanos, respeitando valores, crenças e costumes) e **B3.1** (promoção de um ambiente psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança) (Regulamento n.º 140/2019), bem como específicas de EEESIP relativas à **unidade de competência E3.3**. (adequação da comunicação, respeitando as crenças e a cultura) (Regulamento n.º 422/2018).

Nos últimos anos, os internamentos de crianças com doença crónica de base – como a encefalopatia, paralisia cerebral, síndrome polimalformativa, doenças neuromusculares, doenças metabólicas, entre outros - têm sido mais frequentes, constituindo-se, muitas vezes, como internamentos longos, caracterizados com avanços e recuos na situação de doença da criança. Esta mudança leva a um aumento da complexidade dos cuidados de enfermagem, não só pela utilização constante de dispositivos médicos – por exemplo, SNG, traqueostomia, botão gástrico/gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), ventilação não invasiva (VNI), sonda vesical, colostomia -, mas também pela necessidade de capacitar os pais para a garantia da continuidade dos cuidados no domicílio. O diagnóstico de doença crónica, deficiência ou incapacidade tem um grande impacto a nível emocional tanto para a criança como para a família, despoletando sentimentos de choque, ansiedade, tristeza, derivados do medo do desconhecido e da falta de estratégias de *coping* para lidar com uma nova situação (Vaz et al., 2018). Assim, é essencial existir uma adaptação da família à nova realidade, de modo a desenvolverem competências para

cuidar da criança com necessidade de cuidados especiais, para posteriormente trabalharem com a criança na aceitação da sua nova condição de saúde (Vaz et al., 2018). Para tal, torna-se imprescindível que o enfermeiro trabalhe com a família e criança desde o primeiro dia do internamento até ao momento da alta, assim como que realize a articulação entre os recursos disponíveis, tanto a nível hospitalar como comunitário, nomeadamente a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), o hospital de referência e/ou os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (OE, 2011).

Durante o estágio prestei cuidados diretos a uma criança de 5 meses com diagnóstico médico de encefalopatia grave, que apresentava várias convulsões diariamente, por vezes difíceis de controlar, e que a maioria era despoletada por fatores externos – como variações da luz e ruídos intensos – ou dor. Estes momentos enquanto estudante foram essenciais para refletir sobre a minha prática de cuidados habitual, bem como compreender a importância da intervenção do EEESIP na personalização dos cuidados tendo em consideração as necessidades tanto da criança como da família, segundo o postulado pelos CCF. O ambiente em que a criança se encontrava inserida foi sempre tido em consideração e alvo de atenção e, como tal, tinha sido discutido entre a equipa de enfermagem a importância desta criança ficar num quarto sem acompanhantes, não só por ser mais fácil de se controlar os ruídos e as luzes, mas também devido à sua instabilidade hemodinâmica. Assim, era feita uma gestão das luzes e ruídos no interior do quarto, mas também do corredor do serviço, e ajustado de acordo com as necessidades de cuidados, e realizada uma tentativa de não colocar RN e lactentes no quarto ao lado, devido aos maiores períodos de choro.

Num turno de manhã, a lactente tinha apresentado várias convulsões seguidas - controladas somente após administração Diazepam endovenoso -, aparentemente, relacionadas com dor descontrolada, mesmo após a administração de Paracetamol – terapêutica que tinha prescrita em SOS. A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2023), define os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) como um cuidado físico, mental e espiritual total da criança, com foco também no apoio à família. O objetivo dos CPP é proporcionar uma melhor qualidade de vida à criança e família, através da avaliação adequada e alívio do sofrimento tanto a nível físico, como social e psicológico (OMS, 2023), baseados em 4 pilares, nomeadamente o controlo sintomático, o trabalho em equipa, a comunicação e o apoio familiar (Twycross, 2003). Deste modo, e visto que o quadro de dor se mantinha sem uma evolução favorável, foi discutido com o médico responsável, e pedida colaboração da Equipa Intra-

Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) – que já acompanhava a lactente – de modo a, em conjunto com a Equipa de Controlo da Dor, fosse possível atuar de uma maneira diferente. Quando a criança foi observada pela EIHSCPP e estes foram informados de toda a evolução durante os últimos turnos, otimizaram a terapêutica analgésica, prescrevendo Morfina em gotas orais, para ser administrada em esquema fixo, verificando-se uma melhoria nos turnos seguintes. A família, como já referido anteriormente, também deve ser alvo de cuidados, uma vez que esta vivencia, de uma forma antecipada, a perda e o luto, encontrando-se emocionalmente vulnerável (Verri et al., 2019). A promoção de esperança é central nos cuidados de enfermagem, bem como nos momentos de sofrimento, pelo que, através da sua intervenção, o enfermeiro é um importante promotor de esperança (Magão, 2012; Querido, 2018). Como tal, durante a minha prestação de cuidados, foi essencial integrar a família nos cuidados à criança, se assim desejassem, capacitando-os e valorizando a aquisição dessas novas competências; comunicar de forma clara e amigável, demonstrando disponibilidade para a partilha de medos, dificuldades e da sua história; permitir momentos de silêncio e de introspeção; garantir o cuidado à criança na ausência da família e transmitir informação por telefone nesses momentos; quebrar rotinas, através da permissão da visita da irmã de 3 anos; e valorizar as pequenas coisas. Estas intervenções são descritas por Magão (2012) como estratégias promotoras de esperança.

Assim, tendo em consideração o supracitado, considero que desenvolvi competências comuns de EE da **competência “B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro”** (Regulamento n.º 140/2019) e competências específicas de EEESIP, no que respeita às **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde), **E1.2.** (diagnóstico e intervenção precoce em situações de risco para a criança/jovem e família), **E2.2.** (gestão diferenciada da dor), **E2.3.** (prestação de cuidados de enfermagem apropriados às doenças raras), **E2.5.** (promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e incapacidade), **E3.2.** (promoção da vinculação entre pais-RN) e **E3.3.** (utilização de técnicas de comunicação adequadas) (Regulamento n.º 422/2018).

Deste modo, de acordo com o referido, considero que dei resposta ao primeiro objetivo específico delineado. No que concerne ao segundo objetivo específico definido para este local de estágio, a avaliação do IMC das crianças internadas não é realizada rotineiramente, no entanto, quando se verifica que existem hábitos

sedentários evidentes – como recusa da atividade física no domicílio em detrimento dos jogos eletrónicos -, uma rejeição quanto à ingestão da sopa, peixe ou legumes durante as refeições ou um aumento da massa adiposa, esta avaliação passa a ser fulcral. Quando a criança apresentava um IMC sugestivo de pré-obesidade ou obesidade, realizei EpS tanto à família como à criança, se a idade for adequada, com foco nos sinais de alarme e comorbilidades resultantes desta condição crónica, assim como no incentivado à adoção de comportamentos promotores de saúde, como uma alimentação variada e equilibrada, a prática de atividade física regular – desmistificando que a atividade física não se constitui somente com a inscrição num desporto organizado – e a redução do uso de ecrãs. Para além disso, contactei a nutricionista do hospital, para que a mesma consiga não só adequar a dieta durante o internamento, mas também transmitir informações e identificar estratégias saudáveis para a confeção das refeições e dos *snacks* para a escola. O hospital também dispõe da consulta PICO (Projeto de Intervenção Coordenada contra a Obesidade), que se destina a crianças com idade superior a 8 anos, e da consulta PIPO (Projeto de Intervenção Precoce contra a Obesidade), para crianças com idades inferiores a 8 anos, tendo como principal objetivo a prevenção da obesidade em idades precoces. Assim, quando detetei crianças portadoras de pré-obesidade ou obesidade internadas no serviço, referenciei para o médico assistente para o mesmo proceder ao encaminhamento da criança e família para a consulta adequada. A minha atuação foi de acordo às instruções de trabalho presentes no serviço e, tendo em consideração a minha intervenção perante estas situações, considero que desenvolvi competências de EEESIP no que respeita às **unidades de competência E1.2.** (diagnóstico e intervenção precoce em situações de risco para a criança/jovem e família) e **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) (Regulamento n.º 422/2018).

Quando a equipa de enfermagem foi questionada sobre as necessidades e dificuldades sentidas quanto à promoção da atividade física no internamento, foi perentório que a maioria reconheceu a sua importância, uma vez que verificavam que cada vez existiam menos crianças a querer sair dos quartos para brincar como acontecia em anos anteriores, indo ao encontro da problemática identificada. Acrescentavam, no entanto, que nem sempre era fácil ser realizado a nível hospitalar, que não existia disponibilidade temporal dos enfermeiros para a sua promoção e realização, tendo em consideração os rácios enfermeiro-criança no turno e a complexidade de cuidados que as mesmas exigiam, assim como que desconheciam o tipo de atividades a implementar.

A hospitalização constitui-se como um processo crítico e muito marcante para a criança e família, uma vez que despoleta sentimentos de *stress*, ansiedade e sofrimento para a mesma. Estes sentimentos são resultado de um afastamento do seu núcleo familiar e social; da inserção num ambiente totalmente desconhecido; da exposição a novas normas, regras e rotinas; da restrição da realização de atividades, jogos e brincadeiras, e do afastamento do mundo infantil; e ainda, a sujeição a procedimentos técnicos, invasivos e, por vezes, dolorosos (Alves et al., 2022; Pontes et al., 2022). Assim, a ação do enfermeiro é norteadada numa lógica de facilitador do processo de hospitalização, através da promoção da atividade física e do movimento da criança, uma vez que possibilita a aproximação da mesma ao que era considerado o seu quotidiano e as suas rotinas, assim como uma exteriorização dos sentimentos de *stress* associados ao internamento. Assim, após discussão do projeto e das atividades a desenvolver no contexto com o enfermeiro orientador, o mesmo referiu que, tendo em consideração o tempo de internamento médio das crianças em idade pré-escolar, seria mais benéfico para o seu crescimento e desenvolvimento a preparação e disponibilização de diferentes atividades físicas simples, que pudessem ser orientadas quer pelo enfermeiro quer pelos pais. Para tal, realizei uma entrevista a um perito na área de Educação Física, docente na Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa, e que trabalha também com crianças em idade pré-escolar. Com a realização da entrevista, foi possível desenvolver atividades com foco no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar em diferentes áreas, como a cooperação, comunicação, competitividade saudável, concentração, motricidade grossa, atirar objetos com ambas as mãos, força, técnica do puxar, equilíbrio, entre outros. Estas atividades respondem ao mencionado na literatura, uma vez que segundo Neto (2020), a criança em idade pré-escolar, não se encontra fisicamente preparada e desenvolvida para participar em desportos organizados, beneficiando de brincadeiras ativas, livres e não-estruturadas a semiestruturadas, identificando o jogo de atividade física.

Assim, foi realizada primeiramente uma sessão de formação em serviço, através da plataforma *Teams*, intitulada “Promoção da atividade física em crianças em idade pré-escolar hospitalizadas: intervenção do enfermeiro” (planeamento da sessão apresentado no Apêndice V), cujos objetivos eram sensibilizar para a importância da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar, mesmo durante a hospitalização; identificar os benefícios da atividade física para a saúde e desenvolvimento da criança; e conhecer o projeto a ser implementado no serviço de

internamento. Posteriormente à sessão, foi implementado o projeto no SIP, constituído por 4 atividades de curta duração, de caráter individual ou de grupo, para serem implementadas cerca de 72 horas após a admissão no serviço – tida em consideração a demora média de internamento. Os materiais desenvolvidos, as regras e os objetivos de cada atividade ficaram guardados na sala onde se encontram os jogos, sendo aplicado numa fase inicial pelo enfermeiro e, posteriormente, pela família. O enfermeiro, no início de cada atividade, deve identificar junto da família os benefícios de cada atividade para o crescimento e desenvolvimento da criança em idade pré-escolar, desmistificando que a promoção da atividade física durante o internamento não se constitui como uma barreira, promovendo assim a adoção de comportamentos de saúde (Murdaugh et al., 2019). O registo da implementação das atividades será realizado no sistema informático *SCLínico* e a avaliação do projeto será realizada em duas etapas: avaliação direcionada ao grau de satisfação da família, através da entrega de um questionário no momento da alta; avaliação trimestral direcionada aos enfermeiros através da entrega de um questionário. O projeto desenvolvido encontra-se no Apêndice VI. O modo como o projeto foi delineado e desenvolvido, permite a aplicação do mesmo pela família, após explicação pelo enfermeiro, capacitando a mesma para a implementação de atividades semelhantes no domicílio.

Assim, considero que dei resposta aos terceiro e quarto objetivos específicos definidos para o presente local de estágio, tendo desenvolvido competências comuns de EE relativas às **unidades de competência A1.2** (liderança nos processos de tomada de decisão na sua área de especialidade), **B1.1** (mobilização de conhecimentos para a garantia da qualidade dos cuidados), **B2.2** (planeamento de programas com foco na melhoria contínua dos cuidados) e **competência D2** (baseia a prática clínica em evidência científica atualizada) (Regulamento n.º 140/2019), específicas de EEESIP quanto às **unidades de competência E1.1**. (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde) – **critérios de avaliação E1.1.4**. (mobilização de conhecimentos que potenciam o desenvolvimento de competências da criança/jovem e família para a gestão do processo de saúde/doença) e **E1.1.5**. (procura de oportunidades para trabalhar com a criança e família na adoção de comportamentos promotores de saúde) – e **E3.1**. (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) (Regulamento n.º 422/2018), e de **mestre**, uma vez que realizei uma sessão de formação a enfermeiros, generalistas e EEESIP, sobre a temática em estudo e implementei o projeto no SIP (Decreto-Lei n.º 74/2006).

4.4. Unidade de desenvolvimento

O quarto estágio teve a duração de 2 semanas e decorreu no mesmo hospital que o anterior. A Unidade de Desenvolvimento (UD) acompanha crianças com suspeita de atraso do desenvolvimento infantil ou sujeitas a situações com potencial para afetar o seu neurodesenvolvimento ou saúde mental, tendo como principal objetivo o diagnóstico e intervenção precoces de perturbações do desenvolvimento, promovendo a articulação entre especialidades, melhorando, assim, a intervenção terapêutica. A referenciação de crianças para a UD pode ser realizada através do médico de saúde geral e familiar ou pelo pediatra privado. Nesta unidade, a equipa de enfermagem tem, obrigatoriamente, que ser constituída por EEESIP – atualmente 3 -, sendo a restante equipa multidisciplinar composta por Pediatras do Desenvolvimento, Neuropediatras, Assistente Social e Professora de Educação Especial. Para além da UD, o serviço integra, também, a Unidade de Primeira Infância (UPI) que admite crianças até aos 3 anos e dá resposta a habilidades físicas, emocionais, cognitivas e relacionais das mesmas, essenciais para o seu desenvolvimento harmonioso. Embora a UD e a UPI sejam unidades independentes, estas trabalham em parceria, não só através da discussão frequente de casos e situações específicas de cuidados, mas também no que respeita às áreas da formação e investigação.

Os objetivos específicos definidos para o presente local de estágio foram: (1) Avaliar o desenvolvimento da criança e do jovem; (2) Identificar alterações do desenvolvimento da criança e do jovem; e (3) Sensibilizar a família para a importância do brincar no desenvolvimento da criança.

Segundo Correio (2020), o neurodesenvolvimento constitui-se como um processo contínuo e gradual, no qual se verifica a diferenciação e aperfeiçoamento de variadas competências – a nível cognitivo, sensorial, motor, social e emocional -, que permitem à criança a realização de tarefas cada vez mais complexas e que suscitem o desenvolvimento de habilidades e competências para interagir com o meio onde se insere. A identificação de sinais de alarme ou de fatores de risco de forma antecipada é crucial para realizar um diagnóstico correto e intervir precocemente nas perturbações de desenvolvimento, aproveitando a plasticidade cerebral da criança com o objetivo de recuperar competências, minimizar dificuldades, e diminuir a probabilidade de estas terem um impacto nefasto no futuro da criança (Castelo & Fernandes, 2009; Correio, 2020; Pinto, 2009). A família tem uma ação preponderante na identificação destes sinais, uma vez que acompanham a criança durante mais

tempo do que os profissionais de saúde e convivem com ela num ambiente no qual a mesma se sente mais confortável para se expressar, tornando-se essencial o enfermeiro estabelecer uma relação de parceria com a família, valorizando as suas preocupações, ouvindo-os e dando-lhes apoio, como postulado pelos CCF (Correio, 2020; Maia et al., 2016).

Quando uma criança é referenciada para a UD, a primeira consulta é realizada em equipa, pelo EEESIP e pediatra, para que seja possível estabelecer um plano de cuidados individualizado e adequado às necessidades de cada família. Posteriormente, as consultas de enfermagem são agendadas de acordo com o plano delineado e com a disponibilidade da família. A presença desta ou do cuidador principal nas consultas é bastante importante, uma vez que, numa fase inicial, são a referência para a criança num ambiente que até então é desconhecido. No entanto, e segundo a filosofia dos CCF, a família é parte integrante na vida da criança, sendo necessária a sua inclusão no estabelecimento e implementação de um plano de cuidados, com vista ao desenvolvimento harmonioso de competências pela criança e ao fortalecimento do vínculo entre a díade. Durante o estágio, embora com duração inferior aos restantes, tive a oportunidade de assistir e participar em diversos momentos de prestação de cuidados à criança e família em diferentes estádios de desenvolvimento.

A intervenção de enfermagem acontece, principalmente, através do brincar no chão, baseando-se no Modelo *DIR/Floortime*, uma vez que este apoia o desenvolvimento infantil através da intervenção precoce e da brincadeira, permitindo que a criança esteja inserida num ambiente que lhe é conhecido, adaptando-se a intervenção às necessidades específicas desta (Boshoff et al., 2020). Alocado à aplicação deste modelo, também é utilizada a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II (*Schedule of Growing Skills II*). Esta constitui-se como um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, direcionado para crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, que permite uma rápida avaliação e fácil interpretação dos resultados pelo profissional (Bellman et al., 2003). Recordo-me de uma consulta de enfermagem realizada a uma criança de 3 anos, a M., que tinha sido referenciada pelo pediatra privado, por a mãe demonstrar preocupação relativamente ao desenvolvimento da linguagem. Fomos chamar a criança e a mãe à sala de espera e apresentamo-nos. Nesse momento, a M. agarrou-se à mãe e envergonhada caminhou até ao gabinete de enfermagem. Explicámos à mãe a dinâmica da consulta e enquanto o fazíamos, a M. explorou o gabinete com o olhar,

ainda tímida, escondida atrás da mãe. Como através da expressão facial se notava que ia mostrando algum interesse, fomos-lhe mostrando os brinquedos que tínhamos disponíveis – escolhidos previamente de acordo com a idade, como a casinha das bonecas, a cozinha de brincar com alguns alimentos, um xilofone e um livro. Quando nos sentámos no chão e a chamámos para brincar, a M. escolheu a cozinha, apresentando progressivamente uma maior disponibilidade para a interação, contacto ocular mantido, apresentando jogo simbólico. Mostrou um interesse transitório no livro, apontando para alguns animais após os nomearmos e realizando os sons dos mesmos quando referidos. Mostrava atenção conjunta e procurava mais durante o jogo, realizando a torre com 10 cubos e imitando a ponte, verificando-se tempos de atenção adequados à idade. No final da consulta, ajudou a arrumar os brinquedos, sem protesto, e despediu-se com um abraço e um adeus com a mãe. Durante toda a consulta fomos integrando a mãe, questionando sobre o comportamento da M. na escola e em casa, a forma como brincava, se sozinha ou acompanhada, a exposição diária aos ecrãs, de modo a perceber a sua rotina e assim identificar possíveis fatores de risco para o seu desenvolvimento. Foi perceptível que a M. despendia algumas horas exposta a ecrãs diariamente, principalmente após a escola, em detrimento do tempo de brincadeira, o que segundo Rocha e colaboradores (2021) e Karani e colaboradores (2022), poderá levar à diminuição das habilidades linguísticas e ao atraso no desenvolvimento da linguagem e da comunicação, uma vez que existe uma redução da interação entre a criança e a família. Assim, foi realizado, junto da mãe, reforço das potencialidades da M. na brincadeira e identificadas estratégias, através de atividades lúdicas, promotoras do desenvolvimento da linguagem, simples e possíveis de serem realizadas no domicílio, com a entrega de documentos físicos com ideias para brincar e apoiar a comunicação da M.. Nesta consulta, foi notório o aumento progressivo da confiança da M. nas enfermeiras, demonstrando uma maior abertura para a interação, possibilitando, assim, a avaliação global do seu desenvolvimento. Quando o mesmo não se verifica, é essencial possibilitar que a criança tenha o seu espaço e tempo de adaptação, não sendo forçada a nossa presença, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Para além das consultas de enfermagem deste âmbito, também são realizadas consultas de follow-up, que alternam entre carácter presencial e telefónico, direcionadas a crianças que iniciaram terapêutica no domicílio para controlo de distúrbios neurocomportamentais, como a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Nestas consultas, para além da avaliação dos sinais vitais, é

realizado um levantamento do impacto da terapêutica no quotidiano da criança – aproveitamento escolar e tempo de atenção nas atividades ou brincadeiras -, bem como validados horários de administração da terapêutica e respondidas dúvidas.

Assim, e tendo em consideração o supracitado, considero que desenvolvi competências específicas de EEESIP no que respeita às **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde), **E2.5.** (promoção de uma adaptação adequada da criança/jovem e família), **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) e **E3.3.** (utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento) (Regulamento n.º 422/2018).

A UD dinamiza mensalmente uma sessão de formação, direcionada a pais e profissionais de saúde e educação, sobre temáticas relacionadas com patologias e/ou perturbações do desenvolvimento ou comportamentos prejudiciais ao desenvolvimento harmonioso da criança, pelo que tive oportunidade de participar na sessão “PHDA – Mitos e Realidades”. Esta permitiu-me aprofundar e adquirir conhecimentos sobre o diagnóstico, bem como compreender o impacto desta perturbação na criação e estabelecimento de relações entre a criança e os pares. Para além desta sessão, a UD, em parceria com a UPI, realiza semanalmente reuniões em equipa para discussão de situações de crianças comuns às unidades e definição de estratégias de intervenção, assim como reuniões de interação quinzenais, com foco na discussão de um caso clínico após leitura do registo da consulta ou da visualização de uma gravação sem áudio na mesma, tirando conclusões através da linguagem não verbal e interação entre mãe/pai-bebé. A participação nestas duas reuniões permitiu compreender a importância da parceria de cuidados entre as diferentes unidades, bem como da necessidade de uma avaliação minuciosa da criança e dinâmica familiar onde se encontra inserida, sem juízos de valor. Deste modo, através da participação nos diferentes momentos de formação, desenvolvi competências comuns de EE relativas à **unidade de competência D2.2** (baseia a práxis em evidência científica) (Regulamento n.º 140/2019) e competências específicas de EEESIP respeitantes às **unidades de competência E2.5.** (promoção de uma adaptação adequada da criança/jovem e família) e **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) (Regulamento n.º 422/2018).

No decorrer de todo o estágio houve uma consulta específica, realizada em parceria entre o EEESIP e o pediatra, que, provavelmente por ter sido tão chocante e tão bem direcionada, me fez refletir sobre a importância do brincar, do permitir que a

criança esteja no “mundo dela” e da comunicação para além das palavras para a expressão de emoções e sentimentos pela criança, através do desenvolvimento de um jornal de aprendizagem intitulado “O desenho infantil como instrumento para a expressão de emoções” (Apêndice VII). A consulta desenrolou-se, principalmente, através da interpretação de um desenho realizado pelo L. naquele momento, em que cada parte do desenho, tinha um significado específico relacionado com a relação entre o L., a mãe – que tinha sofrido de violência doméstica enquanto vivia com o pai do L. e que a criança, por vezes, tinha assistido – e o pai. Nesta consulta foram identificados vários sinais de alarme para o desenvolvimento harmonioso do L., bem como para a sua saúde mental, relacionados com as situações vivenciadas pela criança no passado, tendo sido explicado à mãe, posteriormente, o significado do desenho realizado e explorado – o medo do pai voltar a magoar a mãe e a ele, a necessidade de proteger a mãe e sentir que não consegue e não pode -, e a razão de por vezes o L. ter comportamentos de agressividade e impulsividade. Para além de continuar com as consultas na UD, foi reforçada a necessidade do L. voltar a ser acompanhado por outros profissionais de referência, nomeadamente na área da Pedopsiquiatria. Assim, através da elaboração do presente documento, e da reflexão inerente a ele, reconheço ter desenvolvido competências comuns de EE referentes às **unidades de competência A2.1** (proteção dos direitos humanos, respeitando valores, crenças e costumes) e **C1.1** (otimização do cuidados relativos à tomada de decisão e referenciação), e à **competência D1** (desenvolvimento do autoconhecimento) (Regulamento n.º 140/2019), competências específicas de EEESIP quanto à **competência “1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”** (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192) e às **unidades de competência E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) e **E3.3.** (utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento) (Regulamento n.º 422/2018), e de **mestre** através da reflexão e procura constante de aprofundamento do conhecimento já existente para a melhoria contínua da prática de cuidados (Decreto-Lei n.º 74/2006). Deste modo, considero ter dado resposta aos 3 objetivos específicos definidos para este local de estágio.

4.5. Unidade de saúde familiar

Por fim, o quinto local de estágio, com duração de 4 semanas, decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Agrupamento de Centros de Saúde pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

A USF presta cuidados de saúde continuados, qualificados e humanizados a uma população rica em termos multiculturais, com necessidades de saúde específicas. A equipa de enfermagem é composta por 9 enfermeiros, sendo 3 EEESIP, e os cuidados são organizados segundo o método de trabalho de enfermeiro de família.

Para o presente local de estágio foram delineados os seguintes objetivos específicos: (1) Prestar cuidados de enfermagem centrados na criança e família em contexto de cuidados de saúde primários; (2) Avaliar o desenvolvimento da criança e do jovem; (3) Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da atividade física; e (4) Capacitar a família para a promoção da atividade física da criança através de educação para a saúde.

A enfermeira orientadora, embora não desempenhando funções de enfermeira gestora da USF, dava apoio à mesma, pelo que tive a possibilidade de participar, principalmente, na gestão dos recursos materiais. No entanto, esta também era a responsável pela vacinação contra a tuberculose, fazendo a gestão entre as vacinas BCG disponíveis e as crianças elegíveis para a realização das mesmas. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2023), são elegíveis para esta vacinação crianças com idades inferiores a 6 anos pertencentes a grupos de risco, ainda não vacinadas e sem história prévia de tuberculose. Assim, sempre que existe a inscrição de um novo RN na USF, o enfermeiro responsável pelo mesmo preenche a lista criada para esse efeito para, posteriormente, ser realizada a convocatória da criança. Tive a oportunidade de assistir a um momento de vacinação BCG, a um total de 10 crianças, onde inicialmente é explicado aos pais o modo de administração, possíveis sintomas e reações, e os cuidados a ter em casa, posteriormente esclarecidas dúvidas e por fim entregue um guia orientador para pais e cuidadores. Durante a administração, é necessário realizar contenção da criança, devido à minuciosa técnica de administração, e incentivada a amamentação ou sucção não nutritiva para controlo da dor. Deste modo, através do referido, considero ter desenvolvido competências comuns de EE relativas à **unidade de competência C2.1** (adequação dos recursos às necessidades de cuidados) (Regulamento n.º 140/2019), e específicas de EEESIP no que respeita à **unidade de competência E2.2**. (gestão diferenciada da dor) (Regulamento n.º 422/2018).

Uma vez que a USF é composta por 3 EEESIP, tive a possibilidade de participar ativamente nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (CVSIJ) dos diferentes enfermeiros, entender as possíveis abordagens para as mesmas temáticas e o modo de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem. Ressalvo que, embora o método de trabalho seja diferente, as consultas de

enfermagem eram todas orientadas segundo o preconizado pela DGS (2013), no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o que considero ter sido enriquecer para a minha aprendizagem, uma vez que possibilitou abrir horizontes e identificar estratégias a serem utilizadas no futuro.

A criança encontra-se em constante desenvolvimento, quer a nível motor, quer social, cognitivo e emocional, sendo este um processo dinâmico e contínuo, em que a passagem de um estágio de desenvolvimento para o seguinte varia entre crianças (DGS, 2013). Contudo, é essencial que a avaliação do desenvolvimento da mesma seja realizada de uma forma semelhante entre os profissionais, através da aplicação de testes mais simples, presentes em escalas (DGS, 2013). Na USF, é utilizada a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, incorporada no sistema informático utilizado na unidade, que permite conhecer os parâmetros normais do desenvolvimento para cada idade específica da criança. As consultas são realizadas nas idades-chave, como preconizado pela DGS (2013), concomitantemente com o esquema cronológico de vacinação exposto no Programa Nacional de Vacinação (PNV) (Direção-Geral da Saúde, 2020). No entanto, e principalmente no primeiro ano de vida da criança, é necessário realizar na unidade CVSIIJ aos 3, 5 e 8 meses. Para além da aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* Modificada, na CVSIIJ é realizada a avaliação do crescimento da criança, assim como abordados os cuidados antecipatórios relacionados com cada estágio de desenvolvimento e respondidas dúvidas. Na unidade existe uma relação de proximidade entre o enfermeiro de família e o médico de família, o que permite a transmissão de informação importante, bem como das recomendações já realizadas sobre determinada temática, possibilitando a continuidade dos cuidados e o estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente. A consulta do RN, realizada na sua primeira semana de vida, é essencial não só para fazer uma avaliação global do mesmo – no que respeita ao crescimento, desenvolvimento, relação, alimentação, cuidados de higiene e segurança -, como também da dinâmica familiar e da adaptação desta à nova realidade. Esta consulta é igualmente imprescindível para o esclarecimento de dúvidas, reforço positivo das competências parentais e fortalecimento da relação anteriormente estabelecida entre o enfermeiro e a família, frisando a importância do CCF. A participação nestas consultas foi enriquecedora para o meu percurso académico e profissional, uma vez que me permitiram conhecer as primeiras dúvidas e medos vivenciados pela família, assim como entender a importância de uma intervenção de enfermagem direcionada

às necessidades da família naquele momento, porque mesmo orientando a consulta segundo o preconizado, possibilitam que os pais saiam do gabinete de enfermagem mais tranquilos e confiantes com os dias seguintes.

Tendo em consideração o supracitado, as CVSIJ tendem a ser realizadas concomitantemente com a cronologia estipulada pelo PNV, portanto, sempre que existe vacinação, este é o último procedimento a ser realizado, e se possível, é realizado somente após a consulta médica, de modo a se ter a total colaboração da criança durante as duas consultas. De acordo com as idades são utilizadas diferentes estratégias não farmacológicas para controlo da dor - nomeadamente o incentivo à amamentação, sucção não nutritiva, estratégias de distração como músicas ou vídeos, contenção com abraço, explicação prévia do procedimento e reforço positivo (APED, 2018; Correia et al., 2020; DGS, 2012) -, assim como também é transmitida à família a possibilidade de ser realizada uma separação das vacinas a serem administradas aos 12 meses – nesta idade são administradas 4 vacinas nos membros superiores, tornando-se, por vezes, traumático para a criança, pelo que é sugerido serem administradas primeiramente 2 vacinas e, passado 1 semana, as restantes.

Como já referido anteriormente neste relatório, a minha intervenção durante o estágio também deveria incidir no adolescente. Como tal, assisti e participei ativamente nas CVSIJ ao adolescente, com melhoria progressiva na relação e comunicação com o mesmo. A adolescência é uma fase marcada pela procura de identidade, aumento da autonomia e responsabilidade, e alterações a nível físico, cognitivo e social, em que os pais, professores, profissionais de saúde e pares têm um papel essencial neste processo (OE, 2010). Como tal, durante as diferentes consultas garanti o direito à privacidade e confidencialidade, e dei espaço para a expressão de emoções, sentimentos e dúvidas, sem julgamentos e de forma empática (OE, 2010). No entanto, tinha consciência que a minha passagem pela USF era curta, havendo já um trabalho prévio no estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro-adolescente, pelo que nos momentos mais sensíveis e próximos, optei por não interferir na interação, fazendo-o somente quando o adolescente assim o queria. Esta minha atitude foi tomada em poucas consultas, existindo uma em que considero que foi crucial e de especial relevância. O adolescente entrou no gabinete de enfermagem acompanhado pela mãe e foi notório o acompanhamento de anos que existia entre a mãe-adolescente-enfermeira pela facilidade para se iniciar a interação. No entanto, sempre que era dirigida uma pergunta ao adolescente, este ou não respondia ou utilizava respostas fechadas, adotando uma postura fechada. Foram

realizadas várias tentativas de interação, sem sucesso, até que a mãe refere que ele se encontrava assim porque estava suspenso da escola por uma situação de *bullying*, praticada por ele e 3 colegas, contra 1 colega, e que já estava a ser tratada a nível escolar e pelas autoridades. Após esta informação, foi realizada nova tentativa para abordar esta situação pela enfermeira, tendo sido questionado se queria falar sobre o assunto, se preferia ficar na sala só com ela – saindo eu e a mãe do gabinete -, reforçando que era um espaço livre de juízos de valor e que só queria saber como ele se estava a sentir naquele momento e se houve alguma razão que o levou a praticar *bullying*, utilizando as estratégias preconizadas pela OE (2010). Após esta intervenção, o jovem foi explicando o que aconteceu, apresentando momentos de silêncio, que foram respeitados, e refletindo autonomamente sobre o que tinha feito, referindo que o fez principalmente a pedido dos amigos. A enfermeira, enquanto o adolescente falava, foi dando abertura para este acrescentar mais informações, adotando uma postura empática, mas frisando o quão negativo este comportamento era e o impacto que o mesmo terá no outro jovem e nele. Segundo a Ordem dos Psicólogos [OP] (2022), nos anos de 2020 e 2021, a Polícia de Segurança Pública registou cerca de 1400 casos de *bullying* nas escolas portuguesas, constituindo-se como um assunto da atualidade. Esta temática deve ser abordada e sensibilizada, quer nas escolas, quer nas unidades de saúde – como foi na consulta – dando ênfase ao impacto que o *bullying* tem na vítima a nível psicológico, social, relacional e físico, mas também à importância de notificar e denunciar quando se é testemunha deste ato (OP, 2022).

Deste modo, considero que dei resposta aos primeiro e segundo objetivos específicos delineados para este local de estágio, assim como que desenvolvi competências comuns de EE no que respeita à **competência A2** (garantia de uma prática de cuidados respeitadora dos direitos humanos e responsabilidades profissionais) e **unidade de competência B3.1** (promoção de um ambiente psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança) (Regulamento n.º 140/2019) e específicas de EEESIP relativas às **unidades de competência E2.2.** (gestão diferenciada da dor), **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil), **E3.2.** (promoção da vinculação), **E3.3.** (utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento) e **E3.4.** (promoção da autoestima do adolescente e da sua autodeterminação) (Regulamento n.º 422/2018).

Durante as CVSIJ é realizada a avaliação do crescimento da criança e, como tal, são avaliados os dados antropométricos – peso, comprimento/altura e perímetro

cefálico (até aos 24 meses) - e registados quer no sistema informático, quer no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). O registo nas curvas de crescimento que constam no BSIJ permitem monitorizar o estado de nutrição e crescimento da criança e jovem e compreender se estes apresentam um desenvolvimento harmonioso e dentro dos percentis habituais (DGS, 2013). Após a avaliação destes dados – peso e comprimento/altura – e o registo dos mesmos no sistema informático, este apresenta o percentil onde a criança/jovem se encontra – que posteriormente é validado através do registo no BSIJ – e se está abaixo, acima ou na normalidade do expectável para a idade, assim como se mantém na curva de crescimento habitual. Por isso, quando na CVSIJ se verificava que o IMC da criança/jovem era sugestivo de pré-obesidade ou obesidade, que existiu uma elevação substancial do peso ou um aumento dos hábitos sedentários, realizei EpS direcionada à criança/jovem e família, focando as seguintes temáticas: promoção de uma alimentação equilibrada e variada, com redução dos açúcares e refrigerantes, demonstrando a distribuição dos alimentos no prato; promoção da prática de atividade física, desmistificando a necessidade da inscrição num desporto estruturado, com a identificação de estratégias para a sua implementação (por exemplo, ir ao parque infantil ou caminhar com amigos); importância da redução do tempo de exposição aos ecrãs. Com o adolescente, são identificadas estratégias em conjunto com o mesmo, sendo delineado um plano com os objetivos a serem atingidos até à consulta seguinte, sendo a mesma marcada após 2 semanas. Assim, considero que desenvolvi competências específicas de EEESIP quanto às **unidades de competência E1.1.** (implementação e gestão, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde), **E2.2.** (gestão do bem-estar da criança/jovem) – com foco no **critério de avaliação E2.2.1.** (aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico) -, **E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil), **E3.3.** (utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento) e **E3.4.** (promoção da autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde) (Regulamento n.º 422/2018).

Na USF, de acordo com as especialidades e formações dos enfermeiros, existem grupos de trabalho que realizam sessões de EpS direcionadas a um público específico. Deste modo, existia o Grupo de Trabalho de Saúde Infantil e Pediatria, composto pelos 3 EEESIP, que desenvolveram suporte físico sobre diferentes temáticas para entregar à família no final das consultas - relacionados, por exemplo, com a alimentação infantil no primeiro ano de vida, onde constam os momentos para a introdução dos diferentes alimentos na dieta da criança, tendo em consideração a

cultura e as restrições inerentes, e com a importância do sono para o desenvolvimento da criança, com a identificação de estratégias -, assim como sessões presenciais de EpS sobre temáticas pertinentes e com impacto na saúde e desenvolvimento criança – a última sessão realizada tinha sido sobre o tempo de exposição aos ecrãs. Quando foi discutido com o Grupo de Trabalho a minha problemática, foi unânime a proposta de realização de uma sessão, direcionada aos pais de crianças em idade pré-escolar, com foco na promoção da atividade física. Para além de ser uma temática cada vez mais importante de ser abordada na atualidade, fazia todo o sentido ser realizada depois do tema abordado anteriormente. Assim, e tendo em consideração a informação e conhecimentos transmitidos através da entrevista realizada ao perito num estágio anterior, bem como a evidência científica recolhida sobre a temática, foi realizado o planeamento da sessão de EpS intitulada “Promoção da Atividade Física da Criança Pré-escolar (3-5 anos). Esta sessão tinha como principais objetivos: (1) Consciencializar para a importância da prática de atividade física na idade pré-escolar; e (2) Identificar atividades, de fácil acesso, possíveis de serem realizadas na idade pré-escolar. Uma vez que esta sessão se enquadrava no plano de formação do Grupo de Trabalho de Saúde Infantil e Pediatria, os documentos apresentados foram revistos, discutidos e validados pelos 3 EEESIP, tendo sido convocados todos os pais de crianças em idade pré-escolar da unidade, tanto nas CVSIJ como por via e-mail. De modo a ser uma sessão abrangente, e tendo em consideração a barreira linguística presente naquela unidade, esta foi realizada em língua portuguesa, no entanto, na apresentação *PowerPoint* constava a tradução de todas as informações para a língua inglesa. Como estratégia para a consolidação de conhecimentos, assim como para a transmissão da informação recebida aos familiares no domicílio, foi desenvolvido um folheto com as ideias-chave e entregue no final da apresentação – folhetos desenvolvidos nas línguas portuguesa e inglesa. Este folheto também ficou disponível para ser entregue nas CVSIJ, funcionando como um suporte físico sempre que for abordado este tema com as famílias das crianças neste estágio de desenvolvimento. A sessão não foi realizada na sala estipulada, por não ter comparecido nenhuma família convocada – segundo a enfermeira orientadora, verificou-se uma redução na participação destas sessões desde a pandemia -, pelo que a estratégia utilizada foi realizar a apresentação numa das salas de espera, tendo o mesmo ocorrido de uma forma positiva, uma vez que os participantes tinham todos filhos no estágio de desenvolvimento em estudo, ou trabalhavam num estabelecimento de ensino com estas idades. A avaliação da sessão foi realizada através do preenchimento de um

instrumento de avaliação, tendo sido realizada uma apreciação das respostas da família, assim como uma reflexão a nível individual e após discussão com a enfermeira orientadora. O planeamento da sessão, com os respetivos documentos de apoio desenvolvidos e a avaliação, encontram-se presentes no Apêndice VIII.

Tendo em consideração que os pósteres são considerados pela população como o terceiro melhor meio de transmissão de informação nas salas de espera (Henriques et al., 2020), e é essencial promover a atividade física na criança precocemente, desenvolvi este instrumento com o objetivo de sensibilizar os pais para os benefícios da atividade física no desenvolvimento harmonioso da criança, assim como de identificar atividades físicas e brincadeiras, fáceis de implementar, no que respeita aos primeiros cinco anos de vida. O póster desenvolvido encontra-se traduzido em duas línguas – língua portuguesa (Apêndice IX) e língua inglesa (Apêndice X) – e, após ter sido aceite pelo Grupo de Trabalho de Saúde Infantil e Pediatria, aguarda validação pela ARSLVT para poder ser exposto nas salas de espera e gabinetes de enfermagem.

O suporte desenvolvido – sessão de EpS e póster – capacitam a família para a promoção e maximização da saúde da criança, conforme postulado pelos CCF, bem como possibilitam a identificação das barreiras e dos benefícios da incorporação da atividade física no quotidiano da criança, promovendo a adoção de comportamentos de saúde (Murdaugh et al., 2019).

Portanto, considero que dei resposta aos terceiro e quarto objetivos delineados para este local de estágio, assim como que desenvolvi competências comuns de EE referentes às **unidades de competência B1.1** (mobilização de conhecimentos para a garantia da qualidade dos cuidados), **D2.1** (promoção da aprendizagem em contexto de trabalho) e **D2.2** (baseia a práxis em evidência científica) (Regulamento n.º 140/2019), específicas de EEESIP relativas às **unidades de competência E3.1.** (promoção do crescimento e desenvolvimento infantil) e **E3.3.** (utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento) (Regulamento n.º 422/2018) e de **mestre**, uma vez que promovi a literacia em saúde das famílias, bem como a reflexão entre os pares sobre esta temática (Decreto-Lei n.º 74/2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste relatório de estágio resulta no culminar de um percurso formativo rico, quer pela necessidade de reflexão constante, quer pela análise das situações e vivências experienciadas. No mesmo, acredito ter refletido não só o atingimento dos objetivos gerais e específicos definidos, mas também a aquisição de competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de mestre.

Consciente de que a obesidade infantil é um problema atual de saúde, com as notórias consequências que esta problemática acarretará na saúde da futura população adulta mundial, o EEESIP apresenta-se como um agente imprescindível na mudança deste paradigma. Assim, torna-se fulcral o incentivo à adoção precoce de hábitos saudáveis, nomeadamente desde a idade pré-escolar, que traduzir-se-ão no desenvolvimento de comportamentos de saúde ao longo da vida, uma vez que esta é considerada a idade-chave para a promoção, consolidação ou alteração de comportamentos.

Nesse sentido, a promoção da atividade física, principalmente numa população tão jovem e com índices de sedentarismo que tendem a apresentar-se como preocupantes – e ainda se se considerar a relevância da prática de atividade física no próprio crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança e jovem –, releva-se uma ação preponderante num modelo de intervenção em saúde que se pretende preventivo e promotor de comportamentos de saúde que estabeleçam e produzam ganhos em saúde.

O EEESIP é, assim, um elemento privilegiado, na medida em que tem a possibilidade de intervir não só com a criança, logo na primeira infância, mas também com a família, trabalhando em parceria com a mesma, empoderando-a e capacitando-a para ser, também ela, motor de mudança e transformação de comportamentos na sociedade.

Todo este percurso permitiu, também, a demonstração da evidência de que EEESIP pode agir como promotor de comportamentos saudáveis nos mais variados contextos, inclusive naqueles em que a sua ação se centra primariamente numa intervenção mais centrada no processo saúde-doença. Ao ser capacitador da criança e da sua família na gestão da própria situação de saúde, com o reconhecimento, o estímulo e a fundamentação do impacto que certas mudanças de hábitos e comportamentos terão na sua saúde e qualidade de vidas futuras, o EEESIP torna-se

agente de mudança, não só a nível individual, mas inclusive a nível das próprias instituições onde se encontra inserido. A demonstração dos ganhos em saúde obtidos com esta alteração revela-se também promotora do desenvolvimento de processos de melhoria de qualidade dos cuidados prestados nos mais diferentes contextos, com a minoração de fatores que se podem revelar futuramente prejudiciais na saúde da população e que, conseqüentemente, irão impactar na dimensão económica da sociedade.

As atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de saúde contribuíram para a consciencialização das equipas de saúde relativamente à facilidade da operacionalização de intervenções promotoras da atividade física, com a exigência de baixos recursos económicos, humanos ou adaptações ambientais, promovendo desta forma o desenvolvimento de novos projetos de melhoria contínua.

Deste modo, o projeto desenvolvido no contexto de internamento de pediatria, local onde exerço atualmente funções, é um desses exemplos, cuja continuidade se encontra assegurada. Este constitui-se como um projeto a ser aprofundado no futuro, com o objetivo de ser apresentado e divulgado nas diversas instituições a nível nacional, para assim ser possível a sua replicação e implementação noutros serviços de saúde.

Todas estas experiências formativas apresentam-se, então, como o prelúdio de um percurso profissional que se pretende orientado pelo cuidado centrado na criança e família e na maximização da sua saúde, mas também na resposta às suas necessidades e à complexidade da sua situação de saúde. As competências adquiridas neste percurso revelar-se-ão, certamente, estruturantes para um cuidado diferenciado e especializado à criança e jovem, assim como para a consciencialização do impacto do EEESIP na mudança de práticas a nível institucional e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinariedade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 273-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16 (4), 230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Alves, J. G., & Alves, G. V. (2019). Efeitos da atividade física sobre o crescimento de crianças. *Jornal de Pediatria*, 95 (S1), 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.11.003>
- Alves, A. L. N., Santos, L. C. A., Toledo, C., Coutinho, A. A., Baesso, M. M., Neves, K. C., Fassarella, B. P. A., Ribeiro, W. A., & Amaral, F. S. (2022). Brinquedoteca e atividades lúdicas: uma ferramenta de cuidados na hospitalização da criança. *Research, Society and Development*, 11 (5), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28015>
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent empowerment in pediatric healthcare settings: a systematic review of observational studies. *The Patient*, 12, 199-212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor*. Grafisol – Artes Gráficas. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Barik, A. L., Purwaningtyas, R. A., & Astuti, D. (2019). The Effectiveness of Traditional Media (Leaflet and Poster) to Promote Health in a Community Setting in the Digital Era: A Systematic Review. *Jurnal Ners*, 14 (3si), 76-80. [http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i3\(si\).16988](http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i3(si).16988)
- Barros, S. C., Parente, A. T., Soares, F. P., Melo, A. P. P., Castro, N. J. C., Rodrigues, D. P., Coelho, L. A. C., Reis, L. C., Martins, M. E. L., & Cardoso, M. Q. (2023). Humanização em neonatologia na perspectiva dos enfermeiros. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23 (3), 1-10. <https://doi.org/10.25248/reas.e12081.2023>

- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *SGS II - Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos: manual do utilizador*. CEGOC-TEA.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Boshoff, K., Bowen, H., Lane, K. (2020). Child development outcomes of DIR/Floortime TM-based programs: a systematic review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87 (2), 1-12. <https://doi.org/10.1177/0008417419899224>
- Caporali, C., Pisoni, C., Gasparini, L., Ballante, E., Zecca, M., Orcesi, S., & Provenzi, L. (2020). A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *Journal of Perinatology*, 40(12), 1739-1752. [10.1038/s41372-020-00798-6](https://doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6)
- Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a perceção de familiares e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 2, 203-214. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1689/1467>
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. A., Nunes, E., von Amann, G. P., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J. P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R. M. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf
- Carvalho, M. S., & Charepe, Z. (2020). Promover a esperança: conquistas no presente e desafios para o futuro. *Cadernos de Saúde*, 12 (número especial), 23-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10234>
- Castelo, T. M., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31 (1), 12-17. <https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2009%20-%201%20-%20Abril/rsi-2009-abril.pdf>
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica. Modelo de intervenção em ajuda mútua* (1.ª ed.). Universidade Católica Editora.
- Circular Normativa N.º 09/DGCG (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Direção-Geral da Saúde* (N.º 09/DGCG de 14/06/2003). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31-38. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. P. (2020). Gestão da dor em pediatria: contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium*, 2 (ed espec 5), 185-193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>
- Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36 (2), 215-220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Cruz, A. C., Prosdossimi, C., & Angelo, M. (2021). Nascimento prematuro e impacto na família. In Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (ed.). *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família* (pp. 53-67). <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x19092.pdf#page=53>
- Dankiw, K. A., Tsiros, M. D., Baldock, K. L. & Kumar, S. (2020). The impacts of unstructured nature play on health in early childhood development: a systematic review. *PLOS ONE*, 15 (2), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229006>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da ciência, tecnologia e ensino superior. *Diário da República*, I-A Série (N.º 60 de 24-03-2006), 2242-2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Despacho N.º 3762/2015 (2015). Determina disposições referentes à triagem das crianças nos hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Serviço de Urgência Polivalente ou Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 73 de 15-04-2015), 9186-9187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3762-2015-66984659>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças: norma n.º 014/2010, de 14/12/2010*. DGS. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) – Orientação n.º 022/2012*. DGS. <https://www.aped->

[dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf](https://www.dgs.pt/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf)

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma n.º 010/2013, de 31/05/2013*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa nacional de vacinação 2020: norma n.º 018/2020, de 27/09/2020*. DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro*. DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/crianças-saudáveis-e-em-seguranca-dgs-lanca-novo-manual1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Estratégias de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG: norma n.º 006/2016, atualizada a 24/03/2023*. DGS. https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-006-2016-atualizada-em-24_03_2023-pdf.aspx
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2022). *Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório*. 13.º. Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ferraz, L. P. L., Fernandes, A. M., & Gameiro, M. G. H. (2022). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235pt>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia do projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2019). Promoção da saúde em enfermagem. Um ensaio: do modelo salutogénico ao modelo de sistemas. *Servir*, 60 (1-2), 6-13. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24486>

- Fisher, K. (2019). The high-risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers. *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11.^a ed, pp. 270-337). Elsevier.
- França, B. S., Tavares, M. M., Teles, V. R., Pinheiro, P. R. S., Rabelo, T. S., & Rabelo, I. S. (2023). O cuidado de Enfermagem e a diversidade cultural: um estudo reflexivo. *Revista Práxis*, 15 (29), 1-6. <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/3799>
- Friedman, N., Erez-Granat, O., Inbar, A., & Dubnov-Raz, G. (2022). Obesity screening in the pediatric emergency department – A missed opportunity?. *Heliyon*, 8 (12), 1-5. [10.1016/j.heliyon.2022.e12473](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12473)
- Goes, F. C., Nonnenmacher, L. L., Melo, F. A. O., & Silva, F. (2022). Assistência de enfermagem na neuroproteção ao neonato prematuro nursing assistance in neuroprotection to the premature newborn. *REFAF*, 11 (1), 36-50. <http://refaf.com.br/index.php/refaf/article/view/358>
- Gomes, P. P. S., Lopes, A. P. A., Santos, M. S. N., Façanha, S. M. A., Silva, A. V. S., & Chaves, E. M. C. (2019). Medidas não farmacológicas para alívio da dor na punção venosa em recém-nascidos: descrição das respostas comportamentais e fisiológicas. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 2 (2), 142-146. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190026>
- Henriques, S., Pinheiro, D., & Martins, P. (2020). A importância das salas de espera na literacia e comunicação em saúde – instrumento de avaliação e análise da perspectiva dos utentes. *Comunicação Pública*, 15 (29), 1-29. <https://doi.org/10.4000/cp.11337>
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers (Eds.). *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11.^a ed, pp. 1-14). Elsevier.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals. How to get started*. https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Karani, N. F., Sher, J., & Mophosho, M. (2022). The influence of screen time on children's language development: A scoping review. *South African Journal of Communication Disorders*, 69 (1), 1-7. [10.4102/sajcd.v69i1.825](https://doi.org/10.4102/sajcd.v69i1.825)
- Kurimoto, T., Ibara, S., Ishihara, C., Naito, Y., Hirakawa, E., & Yamamoto, T. (2022). Incubator humidity and temperature control in infants born at 22–23 weeks'

gestation. *Early Human Development*, 166, 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105550>

- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. *Assembleia da República*, I Série (N.º 181 de 16-09-2015), 8059-8105.
<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lee, E., Bains, A., Hunter, S., Ament, A., Brazo-Sayavera, J., Carson, V., Hakimi, S., Huang, W. Y., Janssen, I., Lee, M., Lim, H., Silva, D. A. S.S., & Tremblay, M. S. (2021). Systematic review of the correlates of outdoor play and time among children aged 3-12 years. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18 (41), 1-46. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01097-9>
- Lopes, L., Santos, R., Lopes, V., & Pereira, B. (2012). A importância do recreio escolar na atividade física das crianças. In I. Condessa, B. Pereira, & G. Carvalho (Coord.). *Atividade Física, Saúde e Lazer. Educar e Formar* (pp. 65-79). Centro de Investigação em Estudos da Criança, Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- Lorenzo, A. D., Gratteri, S., Gualtieri, P., Cammarano, A., Bertucci, P., & Renzo, L. D. (2019). Why primary obesity is a disease?. *Journal of Translational Medicine*, 17 (169), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12967-019-1919-y>
- Luz, S. C. L., Backes, M. T. S., Rosa, R., Schmit, E. D., & Santos, E. K. A. (2021). Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75 (2), 1-8.
[10.1590/0034-7167-2020-1121](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121)
- Magão, M. T. (2012). Práticas Promotoras da Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica. In M. L. Basto (Org.), *Cuidar em Enfermagem. Saberes da Prática* (pp. 49-106). Formasau
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32 (4), 248-256.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i4.11825>
- Medeiros, N. A. S., Barbosa, C. L. S., Silva, M. P. C., Oliveira, L. M. A., Rocha, J. B. A., & Contim, D. (2023). Cuidado desenvolvimental para recém-nascidos pré-termos: revisão de escopo. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.19175/recom.v13i1.4763>

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde (2021). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Monroe, R. A. (2019). Health promotion of the preschooler and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers (Eds.). *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11.^a ed, pp. 423-439). Elsevier.
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8.^a ed). Pearson.
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças. A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto.
- Oliveira, D. S., Sousa, T. V., Pereira, M. C., Filha, F. S. S. C., Silva, M. V. R. S., & Filho, I. M. M. (2020). Brinquedo terapêutico e a assistência de enfermagem: revisão integrativa. *Revista*, 9 (3), 563-572. <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p563a572>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores da Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Cadernos da OE, Série I, Número 3. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapraticasaudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores da Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Cadernos da OE, Série I, Número 3. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vol_iii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Aprovado na Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Psicólogos. (2022). *Vamos falar sobre bullying?*. https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_vamosfalarsobrebullying_documento.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Physical activity*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organização Mundial da Saúde. (2021a). *Obesity and overweight*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organização Mundial da Saúde. (2021b). *Health promotion glossary of terms 2021*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Palliative care for children – Key facts*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children>
- Papalia, E. D., & Martorell, G. A. (2022). *Desenvolvimento humano* (14.^a ed.). AMGH Editora.
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem de Referência*, 5 (11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4 (13), 125-138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. LUSOCIÊNCIA.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (6), 677-687. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Pontes, A. F., Barros, N. H. C., Rodrigues, N. A., Albuquerque, M. L., Cabral, M. G. O., Lucena, M. C. I., Júnior, L. G. S. D., Paixão, T. B. L., Araújo, S. L., & Andrade, A. R. L. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11 (12), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>

- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *Esp.* 6, 6-8. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0206>
- Rafael, M. S., Portela, S. L., Sousa, P., & Fernandes, A. C. (2017). Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Scientia Medica*, *27* (1), 1-8. [10.15448/1980-6108.2017.1.24919](https://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.1.24919)
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Reimers, A. K., Schoeppe, S., Demetriou, Y., & Knapp, G. (2018). Physical activity and outdoor play of children in public playgrounds — do gender and social environment matter?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15* (1356), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071356>
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Referência – Revista de Enfermagem*, *5* (4), 137-146. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974008.pdf>
- Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood obesity surveillance initiative. COSI Portugal 2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://hdl.handle.net/10400.18/7783>
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T. S., Dinis, A., & Rascôa, C. L. (2023). *Childhood obesity surveillance initiative. COSI Portugal 2022*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://hdl.handle.net/10400.18/8630>
- Robinson, Y. (2019). Child abuse: types and emergent issues. In I. Bryce, Y. Robinson, & W. Petherick (Eds.). *Child abuse and neglect: forensic issues in evidence, impact and management*. (1.^a ed, pp. 3-22). Academic Press.
- Rocha, H. A. L., Correia, L. L., Leite, Á. J. M., Machado, M. M. T., Lindsay, A. C., Rocha, S. G. M. O., Campos, J. S., & Sudfeld, C. R. (2021). Screen time and

- early childhood development in Ceará, Brazil: a population-based study. *BMC Public Health*, 21 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12136-2>
- Santos, K. F. M., Andrade, A. F. S. M., Torres, R. C., Teles, W. S., Debbo, A., Silva, M. C., Azevedo, M. V. C., Barros, A. M. M. S., Silva, M. H. S., Morais, A. L. J., & Junior, P. C. C. S. (2021). A enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Research, Society and Development*, 10 (7), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16428>
- Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jardena J. Puder, J. J., Jenni, O. G., & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (35), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>
- Silva, D. O., Gama, D. O. N., Pereira, R. B., & Camarão, Y. P. H. C. (2018). A importância do lúdico no contexto da hospitalização infantil. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 12 (12), 3484-3491. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3491-2018>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S. A., Neves, V. F. H. P., & Camarinho, A. P. F. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25 (2), 20-32. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/183/189>
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Soares, Y. K. C., & Santos, P. O. (2020). Posicionamento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*, 11 (4), 49-56. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3398>
- Solís-Cordero, K., Rocha, J. C. A., Marinho, P., Camargo, P., & Fujimori, E. (2023). O brincar na rotina doméstica para a promoção do desenvolvimento infantil: estudo transversal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220127.pt>
- Sousa, F. M. R. P. C., & Curado, M. A. S. (2020). Avaliação do stress parental na unidade de neonatologia: revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 24 (2), 65-86. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/174/179>

- Tricks, R., Gough, C., & Walton, E. (2020). G210 Addressing paediatric obesity in the emergency department: clinicians current attitudes and the barriers they face – a peruki study. *Archives of Disease in Childhood*, 105 (Suppl 1), A75-A76. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-rcpch.178>
- Tsutumi, W. M., Araujo, J. P., Gallo, A. M., Pottker, L. M. V., Desconsi, D., & Roecker, S. (2023). Cuidado de enfermagem à criança com foco no cuidado centrado na família. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23 (1), 1-13. <https://doi.org/10.25248/REAS.e11773.2023>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi.
- UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos das Crianças e Protocolos Facultativos*. Comité Português para a UNICEF. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- United Nations International Children’s Emergency Fund. (2019). *Convenção sobre os direitos das crianças e protocolos facultativos*. Comité português para a UNICEF. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- U. S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical activity guidelines for americans* (2.^a ed.). U. S. Department of Health and Human Services. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf
- Vaz, J. C., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Krug, F. R., Hirschmann, B., & Oliveira, M. M. (2018). Cuidado à família da criança com doença crónica. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 12 (5), 1397-1408. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230852p1397-1408-2018>
- Verri, E. R., Bitencourt, N. A. S., Oliveira, J. A. S., Júnior, R. S., Marques, H. S., Porto, M. A., & Rodrigues, D. G. (2019). Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 13 (1), 126-136. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a234924p126-136-2019>
- Wilson, J. C. (2022). Nola J. Pender: Health Promotion Model. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10.^a ed, pp 320-333). Elsevier.
- World Obesity Day. (2023). *Healthcare professionals: obesity is a disease*. World obesity. https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity_Is_a_Disease.pdf

APÊNDICES

Apêndice I.
Cronograma de estágio

| | | Ano Letivo 2022/23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|-----|
| Mês | | Set | Out | | | | | Nov | | | | | Dez | | | | | Jan | | | | | Fev |
| Dias | | 26 | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 | 7 | 14 | 21 | 28 | 5 | 12 | 19 | 26 | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 6 | | |
| Semana | | 30 | 7 | 14 | 21 | 28 | 4 | 11 | 18 | 25 | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | | |
| | | 1 ^a | 2 ^a | 3 ^a | 4 ^a | 5 ^a | 6 ^a | 7 ^a | 8 ^a | 9 ^a | 10 ^a | 11 ^a | 12 ^a | 13 ^a | 14 ^a | 15 ^a | 16 ^a | 17 ^a | 18 ^a | 19 ^a | 20 ^a | | |
| Contexto | Serviço de Urgência Pediátrica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Serviço de Neonatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Serviço de Internamento de Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Unidade de Desenvolvimento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Unidade de Saúde Familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Interrupção Letiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Apêndice II.
Guia orientador das atividades de estágio



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

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



**Lisboa
setembro 2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Trabalho de Projeto**

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



Orientadora: Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues



**Lisboa
setembro 2022**

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| NOTA INTRODUTÓRIA | 4 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA | 5 |
| 2. OBJETIVOS, PROPOSTA DE ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER | 8 |
| 2.1. Serviço de urgência pediátrica..... | 8 |
| 2.2. Serviço de neonatologia | 9 |
| 2.3. Serviço de internamento de pediatria | 10 |
| 2.4. Unidade de desenvolvimento | 11 |
| 2.5. Unidade de saúde familiar | 12 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 14 |

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório inserida no 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O documento orientador das atividades de estágio tem como objetivo não só desenvolver o projeto de estágio no decorrer dos diferentes contextos clínicos, como também explicitar e orientar as atividades que proponho desenvolver em cada local de estágio. Os estágios realizados nos diferentes locais de prática clínica têm como finalidade o desenvolvimento de competências especializadas, tanto comuns como específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, nas diferentes áreas de intervenção à criança, jovem e família. Deste modo, o presente Projeto intitula-se “A intervenção do enfermeiro na promoção da atividade física da criança em idade pré-escolar”.

A prática de atividade física é considerada um determinante de saúde, tendo um impacto importante na prevenção e tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Com um elevado número de crianças com excesso de peso ou obesidade, assim como hábitos sedentários, torna-se essencial desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de comportamentos de saúde, como a promoção da atividade física. Uma vez que a primeira infância é o momento ideal para criar e adaptar hábitos saudáveis ou alterar rotinas, o presente projeto foca-se principalmente na criança pré-escolar e respetiva família (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019).

Assim, para o desenvolvimento do presente projeto foram definidos os seguintes **objetivos gerais**: 1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde; 2. Desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da atividade física nas crianças em idade pré-escolar.

Os estágios decorrerão de 26 de setembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023 em 5 locais de estágio: Serviço de urgência pediátrica; Serviço de neonatologia; Serviço de internamento de pediatria; Unidade de desenvolvimento; e Unidade de saúde familiar.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A escolha da presente temática surge da minha experiência profissional em contexto hospitalar, através da observação de crianças, principalmente em idade pré-escolar, que mesmo quando se verificava uma melhoria significativa do seu estado geral e não apresentavam a mobilidade comprometida, se mantinham restritas ao leito por opção, dando preferência à utilização das tecnologias em ecrã – telemóvel, *tablet* e televisão – em detrimento da atividade física ou do brincar. Outro aspeto que me suscitou um grande interesse para o desenvolvimento do presente projeto foi o número elevado de crianças, principalmente entre os 2 e os 5 anos, com excesso de peso e obesidade, sendo a grande maioria não só relacionado com uma alimentação desadequada, mas principalmente por apresentarem hábitos sedentários evidentes. Adjuvante a este problema, existia um número elevado de crianças que não faziam a sua vigilância de saúde de forma regular. Assim, senti a necessidade de intervenção, não só a nível do internamento com as crianças, mas principalmente no *empowerment* dos pais para a importância da atividade física nestas idades.

Para além das preocupações identificadas a nível profissional, o facto de desenvolver atividades, enquanto escuteira, com crianças em idade pré-escolar e escolar, permitiu-me verificar que as competências motoras estão cada vez menos desenvolvidas, existindo uma preferência por parte das crianças para a realização de atividades, principalmente sedentárias, num espaço interior, ao invés de atividades no exterior e ao ar livre, de carácter mais físico e lúdico. A consciencialização do impacto que estas preferências e atitudes terão no seu futuro carece da intervenção do enfermeiro na comunidade, na saúde escolar e nas diferentes unidades de saúde, tornando-se assim como um promotor da atividade física, visando a adoção de comportamentos de saúde da criança em idade pré-escolar e família.

A prática de atividade física regular é considerada um determinante essencial de saúde, estando claramente evidenciado o seu impacto positivo na prevenção e tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis, algumas consideradas como causa de morte em Portugal (DGS, 2021).

A obesidade infantil é reconhecida como uma das doenças mais comuns da atualidade, que poderá ter um impacto prejudicial na saúde da criança (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Segundo os dados COSI Portugal 2019, 29.6% e 11.9% das crianças estudadas, com idades compreendidas entre os 6 aos 8 anos, apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente, e mesmo que estes

valores sejam inferiores ao estudo anterior, requerem atenção por parte do enfermeiro, uma vez que 55% das crianças obesas se tornam adolescentes obesos e 80% desses adolescentes se tornam adultos obesos (Rito, Mendes, Baleia & Gregório, 2021). Segundo os mesmos autores, 57.1% das crianças em estudo encontravam-se inscritas num clube desportivo, sendo que 41.7% o frequentavam durante cerca de 1 a 3 horas por semana. No entanto, durante a semana somente 36.2% e 32.2% das crianças brincavam 1 e 2 horas por dia, respetivamente, fora de casa. Contrastante com estes valores, verificava-se que cerca de metade das crianças estudadas, durante a semana, utilizavam o computador durante 1 hora/dia, aumentando o tempo para 2 a 3 horas/dia durante o fim de semana, sendo a sua principal utilização para jogos eletrónicos. Assim, verifica-se que, embora exista uma atenção da família para a prática de atividade física através da inscrição dos filhos em atividades estruturadas, o tempo despendido com dispositivos eletrónicos – que se constitui como um hábito sedentário – é utilizado por um maior número de crianças, comparativamente ao tempo passado a realizar atividade física – atividades estruturadas e não estruturadas, como o brincar.

Embora os dados COSI Portugal 2019 (Rito et al., 2021) sejam referentes à avaliação de crianças do 1º ciclo de escolaridade, ou seja, em idade escolar, tornam-se essenciais para a compreensão da minha problemática, visto que o estágio de desenvolvimento anterior é a idade pré-escolar, foco de atenção do projeto, constatando-se que a adoção de hábitos sedentários já é uma realidade em idades anteriores às referidas neste estudo.

A primeira infância – referente a idades inferiores aos 5 anos – não só se constitui como um período em que o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo da criança se realiza de um modo exponencial, como também é aquele que permite a criação de hábitos e a adaptação ou alteração de rotinas de estilos de vida saudáveis (OMS, 2019). Deste modo, constata-se que esta é a altura ideal do desenvolvimento da criança para se promoverem hábitos de vida saudáveis, uma vez que os comportamentos de estilo de vida implementados e desenvolvidos nos primeiros anos de vida da criança influenciam positivamente a saúde da mesma no futuro, nomeadamente no que respeita à prática de atividade física (OMS, 2019).

A prática de atividade física pode ser realizada de diversas maneiras, quer a nível estruturado – através do exercício físico ou desportos com regras – quer não estruturado ou informal – relacionadas, por exemplo, com o brincar e formas de jogar na infância – (Neto, 2020), sendo a última sobre a qual pretendo focar o meu projeto.

Assim, torna-se essencial que a atividade física seja promovida não só a nível familiar e escolar, como também nas instituições de saúde.

Os pais têm uma ação fundamental na formação e promoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que se refere à atividade física regular, constituindo-se como o primeiro agente educativo da criança (Cardoso, Condessa & Anastácio, 2019). Segundo Reimers, Schoeppe, Demetriou e Knapp (2018), pais ativos influenciam significativamente a participação dos filhos em atividades físicas e/ou brincadeiras livres. Também os irmãos desempenham um papel importante na formação do comportamento de atividade dos irmãos mais novos, induzindo uma mudança positiva no tempo de atividade física total (Schmutz et al., 2018). Deste modo, a ação do enfermeiro deve ser realizada segundo a filosofia dos Cuidados Centrados na Família, uma vez que esta reconhece a família como uma constante na vida da criança, sendo os cuidados prestados ao binómio criança-família. O enfermeiro deve apoiar, respeitar e potencializar a competência da família através do estabelecimento de uma parceria de cuidados com os pais/responsáveis pela criança, apoiando na tomada de decisão e tendo em consideração as necessidades de todos os membros da família em relação aos cuidados à criança (Hockenberry, 2019).

Deste modo, quando a criança em idade pré-escolar não apresenta hábitos saudáveis relacionados com a prática de atividade física, o enfermeiro tem a responsabilidade de identificar e compreender as razões da família que levam à não adesão da criança ao comportamento saudável, uma vez que esta depende da família, de modo a conseguir atuar com o objetivo de promover a saúde.

2. OBJETIVOS, PROPOSTA DE ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

2.1. Serviço de urgência pediátrica

| Hospital – Serviço de Urgência Pediátrica | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| Objetivos Específicos | | Atividades | | Recursos | Indicadores Avaliação |
| 26 setembro a 21 outubro | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica; • Encaminhar a criança e/ou jovem com pré-obesidade/obesidade e/ou hábitos sedentários para cuidados especializados; • Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da atividade física; • Capacitar a família para a promoção da atividade física da criança através de educação para a saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de evidência científica disponível sobre as doenças mais comuns, assim como os principais motivos de recorrência à unidade de saúde e suporte de vida avançado pediátrico; - Realização de entrevista exploratória à enfermeira gestora e enfermeira orientadora de modo a conhecer a missão, visão e valores do hospital e serviço, e o modelo orientador da prestação de cuidados; - Consulta das normas e protocolos instituídos na Unidade; - Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela enfermeira orientadora, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem; - Identificação de crianças com pré-obesidade/obesidade e/ou hábitos de vida sedentários que recorrem ao serviço de urgência e encaminhamento das mesmas para a Consulta Externa ou Cuidados de Saúde Primários; - Questionamento da equipa de enfermagem sobre as necessidades e dificuldades relativas à promoção da prática de atividade física no serviço de urgência; - Realização de um poster sobre a promoção de atividade física na criança e jovem – o que é a atividade física, razão da sua necessidade, de que forma se traduz no quotidiano e recomendações de acordo com o estágio de desenvolvimento. | | <p>Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.</p> <p>Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientador; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças em idade pré-escolar.</p> | Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. |
| | Competências a desenvolver | <p>Competências comuns (Regulamento nº140/2019): A1.1, A1.2; A1.3; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3;</p> <p>Competências específicas (Regulamento nº422/2018): E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4.</p> | | | |

2.2. Serviço de neonatologia

| Hospital [] – Unidade de Neonatologia | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | Objetivos Específicos | Atividades | Recursos | Indicadores Avaliação |
| 24 outubro a 18 novembro | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos neonatais, com enfoque no cliente RN e respetiva família; • Prestar cuidados centrados na família que sejam promotores da vinculação e desenvolvimento do RN; • Promover a literacia em saúde da família sobre posicionamentos no RN. | <ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica: desenvolvimento infantil, cuidados neuroprotetores ao RN, instrumentos de avaliação do desenvolvimento, escalas de avaliação de dor em Neonatologia, transição para a parentalidade e parentalidade, competências parentais, capacitação parental, promover a amamentação e estratégias promotoras de esperança em neonatologia; - Realização de entrevista exploratória à enfermeira gestora e enfermeira orientadora de modo a conhecer a missão, visão e valores do hospital e serviço, e o modelo orientador da prestação de cuidados; - Consulta das normas e protocolos instituídos na Unidade; - Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela enfermeira orientadora, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem; - Realização de uma análise de práticas em parceria com a equipa de enfermagem e fisioterapeuta/enfermeiro de reabilitação que colabora com a unidade de saúde, de modo a compreender as necessidades relacionadas com a prática de atividade física; - Realização de sessão de educação para a saúde dirigida à família das crianças internadas sobre a importância da alternância de decúbitos durante o internamento. | <p>Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.</p> <p>Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientador; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças internadas.</p> | Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. |
| | Competências a desenvolver | <p>Competências comuns (Regulamento nº140/2019): A1.1, A1.2; A1.3; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3;</p> <p>Competências específicas (Regulamento nº422/2018): E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3.</p> | | |

2.3. Serviço de internamento de pediatria

| Hospital | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|
| 21 novembro a 16 dezembro | Objetivos Específicos | Atividades | Recursos | Indicadores Avaliação |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de enfermagem à criança e família em contexto de internamento; • Encaminhar a criança com pré-obesidade/obesidade para cuidados especializados; • Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da atividade física; • Capacitar a família para a promoção da atividade física da criança através de educação para a saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica: desenvolvimento infantil, principais escalas de avaliação do desenvolvimento e dor utilizadas; - Realização de entrevista exploratória ao enfermeiro gestor e enfermeira orientadora de modo a conhecer a missão, visão e valores do hospital e serviço, o modelo orientador da prestação de cuidados e as principais patologias das crianças internadas; - Pesquisa de evidência disponível sobre as principais patologias sujeitas a internamento no serviço; - Consulta das normas e protocolos instituídos na Unidade; - Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela enfermeira orientadora, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem; - Identificação de crianças com pré-obesidade/obesidade e/ou hábitos de vida sedentários internadas e encaminhamento das mesmas para a Consulta Externa ou Cuidados de Saúde Primários; - Questionamento da equipa de enfermagem sobre as necessidades e dificuldades relativas à promoção da prática de atividade física no serviço de internamento; - Realização de uma entrevista a um perito na área da promoção da atividade física através do brincar; - Implementação do “Dia da Atividade Física”, realizado mensalmente, em colaboração com a Terapia Ocupacional e/ou Fisioterapeutas de referência. | <p>Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.</p> <p>Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientador; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças em idade pré-escolar.</p> | Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. |
| | Competências a desenvolver | <p>Competências comuns (Regulamento nº140/2019): A1.1, A1.2; A1.3; A2.1, A2.2; B1.1; B1.2; B3.1; C1.1; C1.2; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2;</p> <p>Competências específicas (Regulamento nº422/2018): E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3.</p> | | |

2.4. Unidade de desenvolvimento

| Hospital [] – Unidade de Desenvolvimento | | | | |
|---|--|--|---|---|
| 2 a 13 janeiro | Objetivos Específicos | Atividades | Recursos | Indicadores Avaliação |
| | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o desenvolvimento da criança e do jovem; Identificar alterações do desenvolvimento da criança e do jovem; Sensibilizar a família para a importância do brincar no desenvolvimento da criança | <ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa bibliográfica: desenvolvimento infantil, instrumentos de avaliação do desenvolvimento, perturbações de desenvolvimento; Análise crítica e reflexiva dos documentos das Políticas de Saúde em Portugal: Plano Nacional de Saúde, PNSIJ, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS; Realização de entrevista exploratória à enfermeira gestora e enfermeira orientadora de modo a conhecer a missão, visão e valores do hospital e serviço, o modelo orientador da prestação de cuidados e como funciona a referenciação de crianças e jovens e acompanhamento das mesmas; Consulta das normas e protocolos instituídos nas Unidades; Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela enfermeira orientadora, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem, assim como das consultas de enfermagem realizadas no contexto; Observação e participação nas intervenções realizadas pela equipa multidisciplinar; Observação e aplicação, sob supervisão, da escala de avaliação do desenvolvimento utilizada no serviço, comparando o resultado com avaliações anteriores da criança; Realização de um jornal de aprendizagem sobre a utilização do brincar como estratégia de comunicação da criança. | <p>Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas.</p> <p>Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientador; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças em idade pré-escolar.</p> | Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. |
| | Competências a desenvolver | <p>Competências comuns (Regulamento nº140/2019, 2019): A1.1, A1.2; A1.3; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3; Competências específicas (Regulamento nº422/2018, 2018): E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.3; E3.4.</p> | | |

2.5. Unidade de saúde familiar

| ACES – USF | | | | |
|--------------------------|---|--|--|---|
| Objetivos Específicos | | Atividades | Recursos | Indicadores Avaliação |
| 16 janeiro a 6 fevereiro | <ul style="list-style-type: none"> Prestar cuidados de enfermagem centrados na criança e família em contexto de cuidados de saúde primários; Avaliar o desenvolvimento da criança e do jovem; Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da atividade física; Capacitar a família para a promoção da atividade física da criança através de educação para a saúde. | <ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa bibliográfica: desenvolvimento infantil, instrumentos de avaliação do desenvolvimento, parâmetros a avaliar nas CVSIJ e cuidados antecipatórios do PNSIJ, Programa Nacional de Vacinação; Análise crítica e reflexiva dos documentos das Políticas de Saúde em Portugal: Plano Nacional de Saúde, PNSIJ, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS; Realização de entrevista exploratória à enfermeira gestora e enfermeira orientadora de modo a conhecer a missão, visão e valores da unidade de saúde, o modelo orientador da prestação de cuidados e como se realiza a comunicação com a saúde escolar; Consulta das normas e protocolos instituídos nas Unidades; Observação e participação ativa nas intervenções realizadas nas CVSIJ integrada na equipa multidisciplinar; Observação e aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento utilizada na unidade de saúde, comparando o resultado com avaliações anteriores da criança; Realização de uma entrevista a um perito na área da promoção da atividade física através do brincar; Elaboração de um folheto relativo à importância da promoção da atividade física para a criança em idade pré-escolar para ser entregue durante as CVSIJ. | <p>Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas, plataforma de formação online.</p> <p>Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientador; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças em idade pré-escolar.</p> | Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. |
| | Competências a desenvolver | <p>Competências comuns (Regulamento nº140/2019, 2019): A1.1, A1.2; A1.3; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3; Competências específicas (Regulamento nº422/2018, 2018): E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4.</p> | | |

Legenda das Competências de Enfermeiro Especialista a desenvolver:

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

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a perceção de familiares e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 2, 203-214.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-2021-pdf.aspx>
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers. *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11ª ed, pp. 1-14.). Missouri: ELSEVIER
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças. A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Obesity and overweight*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª série (N.º26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª série (N.º133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Reimers, A. K., Schoeppe, S., Demetriou, Y., & Knapp, G. (2018). Physical activity and outdoor play of children in public playgrounds — do gender and social environment matter?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (1356), 1-14. doi:10.3390/ijerph15071356
- Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood obesity surveillance initiative. COSI Portugal 2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7783/1/COSI Portugal 2019 out2021.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7783/1/COSI%20Portugal%202019%20out2021.pdf)

Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jarden J. Puder, J. J., Jenni, O. G., & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (35), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>

Apêndice III.

Póster “E o seu filho, já fez atividade física hoje?” desenvolvido no SUP

E O SEU FILHO, JÁ FEZ *ATIVIDADE FÍSICA* HOJE?

Movimentar-se, manter-se ativo, assim como alimentar-se, constituem uma **necessidade humana fundamental essencial para a saúde** da criança e adolescente!

SABIA QUE...

... a **ATIVIDADE FÍSICA** traz vários benefícios para a saúde da criança e adolescente?



Melhoria da aptidão física



Melhoria da saúde mental



Melhoria da qualidade do sono



Promoção da integração social



Redução do excesso de peso, risco de obesidade e sedentarismo



Melhoria do desempenho escolar, atenção e memória

(Cardoso et al., 2019; DGS, 2022; OMS, 2020)

... a **ATIVIDADE FÍSICA** não se resume apenas à realização de um desporto específico?

É considerada, *por exemplo*, quando...

- O bebé gatinha ou está de barriga para baixo;
- Brinca ao ar livre: jogos com bolas, cordas, saltos e corrida; caça ao tesouro; atividades aquáticas;
- Faz o percurso casa-escola-casa a pé;
- Anda de bicicleta, *skate* ou trotinete;
- Passeia em família ou com o animal de estimação;
- Frequenta um ginásio;
- Joga videojogos promotores do movimento, como: *Wii Sports*, *Pokémon Go*, *Just Dance*.

(DGS, 2022)

13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria | Profª. Orientadora: Sónia Rodrigues | Enfª. Orientadora: | Discente: Mariana Ferreira

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, J. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a perceção das mães e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 3, 203-214.

DGS. (2022). Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.gov.pt/pt/pt/atividade-fisica-em-criancas-e-adolescentes-2022-manual-11.pdf>

OMS. (2020). Physical activity. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Apêndice IV.

Proposta de projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família com doença metabólica óssea da prematuridade



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

**Proposta de Projeto para a Melhoria dos Cuidados de
Enfermagem ao recém-nascido e família com Doença
Metabólica Óssea da Prematuridade**

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



**Lisboa
novembro 2022**



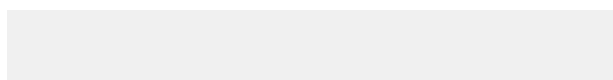
**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Estágio com Relatório**

**Proposta de Projeto para a Melhoria dos Cuidados de
Enfermagem ao recém-nascido e família com Doença
Metabólica Óssea da Prematuridade**

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



Prof^a. Orientadora: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues



**Lisboa
novembro 2022**

LISTA DE SIGLAS

DMO – Doença Metabólica Óssea da Prematuridade

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

GAM – Grupos de Ajuda Mútua

IG – Idade Gestacional

RN – Recém-nascido

RNBP – Recém-nascido de Baixo Peso

RNMBP – Recém-nascido de Muito Baixo Peso

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UN – Unidade de Neonatologia

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 5 |
| 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 6 |
| 2. PROPOSTA DE PROJETO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA COM DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA DA PREMATURIDADE | 10 |
| 2.1. Folheto Informativo | 10 |
| 2.2. Estratégias promotoras da participação dos pais nos Grupos de Ajuda Mútua..... | 12 |
| 2.3. Proposta de Atividades a serem desenvolvidas na Unidade de Neonatologia..... | 13 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 15 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 16 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I. Folheto Informativo “Como cuidar do seu filho com Doença Metabólica Óssea da Prematuridade” para impressão | |
| Apêndice II. Questionário de Avaliação da Proposta de Projeto | |
| ANEXOS | |
| Anexo I. Propostas de Intervenção Introdutória | |
| Anexo II. Fichas de apoio ao facilitador das Propostas de (Re)construção da Esperança | |

INTRODUÇÃO

A presente proposta de projeto surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, após a identificação de uma necessidade do Serviço de Neonatologia.

A Doença Metabólica Óssea da Prematuridade (DMO) é uma patologia que carece de vastos conhecimentos teóricos por parte dos profissionais de saúde, assim como de diferentes intervenções de enfermagem, quer de carácter autónomo como interdisciplinar. Relacionado com a especificidade da patologia e com o processo de hospitalização, o desempenho do papel parental sem sempre é realizado de uma forma harmoniosa, tornando-se foco de atenção do enfermeiro. Assim, a presente proposta de projeto tem como principal objetivo informar e apoiar os pais de recém-nascidos (RN) com DMO na assunção do papel parental, encontrando-se dividida em duas etapas de intervenção: desenvolvimento e entrega de um folheto informativo sobre os cuidados ao RN com DMO e identificação de estratégias promotoras da participação dos pais no Grupo de Ajuda Mútua da Unidade.

Assim, a presente proposta encontra-se dividida em cinco capítulos: Introdução, na qual se realiza uma breve contextualização do projeto; Fundamentação Teórica, onde se identifica a necessidade do desenvolvimento do presente projeto com foco na melhoria dos cuidados de enfermagem; Proposta para a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem, no qual se identificam as atividades e estratégias a serem implementadas no Serviço de Neonatologia; Considerações Finais, onde se realiza uma breve reflexão sobre a necessidade de avaliação constante do projeto; e por fim, as Referências Bibliográficas, que são desenvolvidas segundo a 7.^a edição das normas APA.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O nascimento de um filho constitui-se como uma transição no ciclo familiar, uma vez que pressupõe uma reorganização de papéis a nível conjugal, das relações estabelecidas com a família alargada e dos contextos nos quais se inserem. A transição para a parentalidade traduz-se na passagem da noção de díade para tríade, na qual o casal se constitui como prestador de cuidados, protetor e responsável por um ser totalmente depende dele (Silva et al., 2021). Deste modo, quando existe o nascimento de um bebé prematuro com necessidade de ficar internado numa Unidade de Neonatologia (UN), este processo pode ser considerado fonte de *stress*, quer para o RN quer para os pais (Ribeiro et al., 2015; Sousa & Curado, 2021). O processo de hospitalização de um filho, principalmente numa unidade especializada como a UN, pode ser causador de um sofrimento intenso para os pais, podendo desencadear “problemas emocionais e psicológicos, como inquietação, preocupação, sentimento de culpa, medo, vergonha, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, fadiga, luto, isolamento social e transtorno de estresse pós-traumático” (Cruz et al., 2021, p. 54).

Através do desenvolvimento tecnológico e do aumento do conhecimento nas áreas da Medicina Intensiva e Enfermagem, um RN considerado de risco dispõe de uma maior probabilidade de sobrevivência comparativamente com anos anteriores (Caporali et al., 2020). A UN – quer os cuidados intensivos quer os cuidados intermédios – constitui-se como um ambiente tecnologicamente avançado que tem como objetivo primordial dar resposta às necessidades do RN instável, com um elevado risco de vida associado, cujas condições de saúde e estado hemodinâmico se encontram em constante alteração (Ribeiro et al., 2015).

É considerado RN de alto risco aquele que apresenta um maior risco de mortalidade e morbidade comparativamente com a média dos RN, estando habitualmente relacionada com circunstâncias ou condições decorrentes do nascimento e posterior adaptação à vida extrauterina (Fisher, 2019). O período considerado de alto risco inicia-se no momento da viabilidade – idade gestacional (IG) em que a sobrevivência extrauterina é considerada possível, ou seja, IG igual ou superior às 23 semanas – e prolonga-se até aos 28 dias após o nascimento, encontrando-se incluídas as ameaças à vida e saúde nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal (Fisher, 2019). A classificação do RN de alto risco é realizada, geralmente, de acordo com o peso, a idade gestacional e os problemas fisiopatológicos predominantes, sendo que se encontra incluído o recém-nascido pré-termo (RNPT),

o recém-nascido de baixo peso (RNBP) e de recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP), foco de atenção do presente projeto (Fisher, 2019).

A doença metabólica óssea da prematuridade ou a osteopénia da prematuridade é caracterizada pela desmineralização óssea, isto é, pela redução da matriz óssea comparativamente com o expectável para RN com idade e tamanho gestacional semelhantes, por défice de cálcio e fósforo. Esta constitui-se como uma comorbilidade de relevo nos RNMBP e nos RN com doença crónica – principalmente do foro gastrointestinal e respiratório -, com internamentos prolongados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (Costa et al., 2019). A transferência de fósforo e cálcio entre a mãe e o feto é realizada através da placenta e ocorre durante toda a gestação. A formação do esqueleto inicia-se na 6.^a semana de gestação, sendo que o período em que ocorre um maior desenvolvimento esquelético e consequente mineralização óssea é no terceiro trimestre, nomeadamente entre as 24 e as 37 semanas de gestação. Assim, prematuros com IG compreendida entre as 24 e 32 semanas ficam privados da oferta destes minerais, constituindo-se como um fator de risco (Margotto & Vidigal, 2021). Outros fatores de risco pós-natais identificados por Costa e colaboradores (2019) são o peso corporal inferior a 1500g, a imobilização, a utilização de fármacos metabolicamente ativos no osso – corticóides, diuréticos, entre outros – e fatores nutricionais.

A DMO, clinicamente, manifesta-se entre uma doença silenciosa e o raquitismo, devido às fraturas ósseas espontâneas, tendo impacto no futuro do RN, nomeadamente através de má progressão ponderal, atraso do crescimento e baixa estatura (Costa et al., 2019). Deste modo, torna-se essencial realizar o rastreio da DMO em RN com fatores de risco a partir da 4.^a semana de vida. Através do diagnóstico precoce torna-se possível intervir, corrigindo os fatores de risco pós-natais que sejam decorrentes do internamento da UCIN. A intervenção é realizada a nível nutricional, através da otimização da alimentação entérica e suplementação/fortificação, bem como da nutrição parentérica; da administração diária de vitamina D após a 1.^a semana de vida; e da estimulação física regular do RN, uma vez que no ambiente extrauterino este apresenta um maior nível de imobilização comparativamente com o intrauterino, no qual realizava movimentos contra a parede abdominal da mãe (Costa et al., 2019; Margotto & Vidigal, 2021).

Segundo o Regulamento n.º 422/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) presta cuidados à criança e família em situações de maior complexidade, com o intuito de maximizar a sua saúde.

Tendo em consideração que a família não pode ser dissociada da vida do RN, os cuidados de enfermagem devem ser prestados ao binómio RN-família segundo a filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Assim, o enfermeiro deve apoiar, respeitar e potencializar a competência da família através do estabelecimento de uma parceria de cuidados com os pais/responsáveis pela criança, apoiando na tomada de decisão e tendo em consideração as necessidades de todos os membros da família em relação aos cuidados à criança (Hockenberry, 2019). A parceria de cuidados deve ser sustentada pela consciência de que os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, no qual o respeito e valorização das suas experiências e o contributo dos mesmos no cuidado é imperativo (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Neste sentido, e tendo em consideração a complexidade de cuidados que o RN com DMO necessita, a intervenção do EEESIP é essencial, na medida em que este detém conhecimentos e competências na avaliação do desenvolvimento da parentalidade, assim como na adoção de estratégias que promovam uma esperança realista e que motivem a família a assumir novos papéis em saúde (Regulamento n.º 422/2018).

A presente proposta de projeto surge como uma necessidade identificada na Unidade de Neonatologia, após reflexão entre os elementos da equipa de enfermagem sobre a sua prática de cuidados ao RN e família, uma vez que só assim se torna possível definir objetivos a serem alcançados no serviço, bem como delinear estratégias que permitam atingi-los, com o intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Assim, a presente proposta encontra-se dividida em dois momentos distintos, mas que se complementam: elaboração e entrega de um folheto informativo sobre os cuidados ao RN com DMO; e identificação de estratégias a serem implementadas na UN com o intuito de incentivar os pais a participarem nas reuniões do Grupo de Ajuda Mútua (GAM) da Unidade, assim como propostas de dinâmicas a serem executadas nas mesmas.

Deste modo, a presente proposta de projeto dá resposta aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), nos diferentes enumerados descritivos – a satisfação da criança/jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação às condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem. Relativamente ao primeiro enunciado, através do incentivo dos pais para a participação nos GAM e nos cuidados seguros ao RN, é possível estabelecer uma relação de parceria promotora do envolvimento,

participação e capacitação dos pais nos cuidados, facilitar a expressão de sentimentos e a comunicação, bem como intervir com o objetivo de minimizar o impacto dos *stressores* relacionados com o processo de hospitalização e doença do filho (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Em relação à Promoção da Saúde, o EEESIP no presente projeto, disponibiliza informação promotora da prestação de cuidados seguros pelos pais, possibilitando a maximização da saúde do RN; sensibiliza os pais e profissionais para possíveis complicações inerentes à patologia e identifica estratégias que previnam as mesmas; e cria oportunidades que possibilitem a aquisição de conhecimentos relacionados com a saúde e segurança do RN, bem como a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. No que concerne à prevenção de complicações, o enfermeiro atua na prevenção de evidências sugestivas de mal-estar psíquico, possibilitando a expressão de sentimentos no GAM; prescreve intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com os exercícios de mobilização do RN, numa perspetiva de parceria com enfermeiros especialistas noutras áreas, como a reabilitação, ou em parceria com outros profissionais de saúde, como o fisioterapeuta. Relativamente ao bem-estar e autocuidado, o enfermeiro implementa intervenções promotoras do desenvolvimento de competências parentais e do contacto físico entre o RN e os pais, através da partilha de informação que capacite os mesmos para a prestação de cuidados seguros; avalia padrões de interação e implementa recursos de esperança, não somente através do reforço positivo das competências parentais e das conquistas do filho, como também através da promoção da participação dos pais nos GAM; e prescreve intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com o risco para a saúde do RN, através dos exercícios de mobilização potenciadores da formação e crescimento ósseo, bem como dos corretos posicionamentos do RN. No que respeita à adaptação às condições de saúde, o enfermeiro garante a continuidade da prestação de cuidados relacionada com o suporte familiar e comunitário, intervindo no incentivo na participação nos GAM. Por fim, no que concerne à organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro procede ao registo da sua intervenção e resultados da mesma no sistema de registos de enfermagem implementado na UN – *B-Simple* -, assim como organiza os cuidados de enfermagem promotores de qualidade ao RN e família com DMO segundo o método de trabalho de enfermeiro de referência.

2. PROPOSTA DE PROJETO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA COM DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA DA PREMATURIDADE

As duas etapas do presente projeto foram desenvolvidas após a identificação de uma necessidade do Serviço de Neonatologia, sendo desenvolvidas em parceria com o Grupo de Trabalho do Desenvolvimento.

O grupo de trabalho anteriormente referido desenvolveu um protocolo de estimulação motora do RN com DMO, no qual identifica intervenções de enfermagem diárias e respetiva avaliação. No entanto, surgiu a necessidade de englobar os pais nos cuidados, de modo que os mesmos se sintam parte ativa no processo de saúde dos filhos, adotando a filosofia dos cuidados centrados na criança e família.

Assim, o presente projeto tem como objetivo informar e apoiar os pais de RN com DMO na assunção do papel parental, através da elaboração de um folheto informativo sobre a patologia e os cuidados a ter relacionados com a mesma, assim como promover a esperança realista, através da identificação de estratégias que motivem a participação dos mesmos nos Grupos de Ajuda Mútua. O mesmo tem como finalidade capacitar e apoiar o papel parental no que concerne às especificidades e necessidades do RN e família com DMO, sendo o mesmo desenvolvido em parceria com o protocolo já instituído no serviço.

2.1. Folheto Informativo

O presente folheto (Apêndice I) foi realizado com o objetivo de transmitir informação aos pais relativamente à DMO, surgindo como estratégia de educação para a saúde, com foco no aumento da literacia nesta área. Este foi igualmente desenvolvido com o intuito de promover o papel parental, identificando estratégias que possibilitem a prestação de cuidados seguros por parte dos mesmos, empoderando-os. Para além do anteriormente referido, através do presente folheto também é realizado reforço positivo e apoio nas competências parentais. Este folheto deve ser entregue após o diagnóstico médico de DMO, por um elemento da equipa de enfermagem, alertando para as complicações que podem surgir como consequência da patologia.

Assim, com a elaboração e entrega do mesmo são desenvolvidas competências EEESIP, uma vez que este permite que exista uma negociação do

envolvimento dos pais no que concerne à prestação de cuidados ao RN, adotando estratégias que promovem o contacto físico entre a díade RN-família, assim como a facilitação da aquisição de conhecimentos relacionados com a saúde e segurança do RN (Regulamento n.º 422/2018).

Baixos níveis de cálcio e fósforo no tecido ósseo podem resultar em fraturas espontâneas, e por vezes o seu filho pode necessitar de ficar com **gesso num membro**.

Aliados à gestão nutricional, existem **exercícios de estimulação motora** que, para além de promoverem a mobilidade do seu filho, também promovem a **formação e o crescimento ósseo!**

Estes são realizados pelo Enfermeiro Especialista em Reabilitação ou Fisioterapeuta.

UNIDADE DE NEONATOLOGIA

É ESSENCIAL TER CUIDADO QUANDO TOCA NO SEU FILHO, MESMO QUANDO OS MOVIMENTOS PARECEM INOFENSIVOS.

MAS VAI CONSEGUIR, DE CERTEZA!

SE TIVER ALGUMA DÚVIDA NÃO HESITE EM PERGUNTAR...

CONTACTE-NOS ATRAVÉS DO

O SEU BEBÉ NÃO É O ÚNICO!

Folheto realizado pela Estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Mariana Ferreira em colaboração com a Enfermeira do Serviço de Neonatologia e o Unipêdo Desenvolvimento novembro de 2022

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

COMO CUIDAR DO SEU FILHO COM DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA DA PREMATURIDADE

Figura 1. Frente do Folheto Informativo sobre os cuidados ao RN com DMO

O QUE É A DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA DA PREMATURIDADE?

A Doença Metabólica Óssea da Prematuridade ou Osteopénia da Prematuridade resulta da diminuição da densidade do osso em comparação com o esperado.

A formação do esqueleto inicia-se na 6ª semana de gestação, sendo o último trimestre crítico para a incorporação de minerais no tecido ósseo, como o cálcio e o fósforo.

Após o nascimento, a inadequada ingestão destes minerais também podem contribuir para o desenvolvimento da doença.

Quando o começa a manipular...

- Deve fazê-lo lentamente, sem mudanças súbitas e com movimentos suaves;
- Evite falar nesse momento para diminuir os estímulos.

Na mudança da fralda...

- Utilize objetos - como uma fralda de pano ou lençol - que apoiem a região das costas;
- Utilize a mão não dominante para dar apoio nas pernas sem fazer pressão.

Quando o colocar no colo...

- Agarre no bebé com as duas mãos, garantindo que todos os membros se encontram apoiados;
- Utilize uma almofada para lhe dar apoio, caso considere necessário.

Quando o posicionar...

- Ter em atenção que o bebé deve ficar com as mãos próximas da cara e com as pernas encolhidas, adotando a posição como se estivesse no útero;
- Coloque limites à sua volta - utilização do ninho e rolos - para facilitar os movimentos;
- Utilize sempre movimentos lentos, mobilizando o bebé em bloco, sem "puxar" membros para o colocar direito.

Terá sempre um enfermeiro disponível para o ajudar, não tenha medo de tocar no seu bebé!

Figura 2. Verso do Folheto Informativo sobre os cuidados ao RN com DMO

2.2. Estratégias promotoras da participação dos pais nos Grupos de Ajuda Mútua

Na UN existe um GAM direcionado aos pais e/ou pessoa significativa dos RN internados na unidade. Este grupo reúne-se mensalmente no serviço, tendo como facilitador um enfermeiro.

Os GAM, para além de serem reconhecidos como uma intervenção com o intuito de promover a esperança, são identificados como facilitadores do processo de ajustamento de pais de crianças com necessidades especiais de saúde (Carvalho & Charepe, 2020). A ajuda mútua consiste numa “relação estabelecida em reciprocidade, entre os pais de crianças com doença crónica, que no apoio mútuo encontram um sentido de utilidade (...) operacionalizada pela partilha de problemas comuns, permitindo deste modo uma colaboração horizontal” (Charepe, 2014, p.19). Os GAM são moderados por técnicos com a finalidade de promover a esperança de pais de crianças com doença crónica, fortalecendo o vínculo entre os pais através da partilha de experiências relacionadas com a adaptação ao processo de doença do filho, assegurando o sentimento de pertença ao grupo (Charepe, 2014).

A participação dos pais nos GAM é essencial uma vez que possibilita a expressão de sentimentos e vivências, diminuindo o sentimento de solidão dos pais relacionado com o cuidado ao RN com doença crónica. Para além do anteriormente descrito, a intervenção em ajuda mútua com o intuito de promover a esperança pressupõe que os pais identifiquem caminhos e soluções para problemas individuais, que identifiquem metas que possibilitem a gestão da doença crónica e, que a partilha entre pais e técnicos, possibilite acreditar que surgirão conquistas no futuro (Charepe, 2014).

Assim, torna-se essencial identificar estratégias que sejam promotoras da participação dos pais nos GAM:

- Informar sobre a existência do GAM da Unidade, a sua finalidade e o horário no momento do acolhimento na UN;
- Acrescentar ao folheto de acolhimento à UN informações sobre o GAM;
- Afixar um documento informativo na Unidade de Cuidados Intensivos e na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais relativamente à próxima reunião a ser realizada;

- Colocar na entrada da UN um póster informativo sobre a importância e finalidade dos Grupos de Ajuda Mútua e o horário das reuniões realizadas na Unidade (por exemplo, na última sexta-feira do mês às 14h na Sala X).

Através da implementação e adoção de estratégias promotoras da participação dos pais nos GAM, torna-se possível desenvolver competências EEESIP, na medida em que este “identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”, “demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança” e “demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família” (Regulamento n.º 422/2018, pp.19193-19194).

2.3. Proposta de Atividades a serem desenvolvidas na Unidade de Neonatologia

Para dar resposta às necessidades identificadas na Unidade de Neonatologia torna-se necessário identificar o objetivo geral para a presente proposta de projeto:

- Informar e apoiar os pais de recém-nascidos com Doença Metabólica Óssea da Prematuridade na assunção do papel parental.

De modo a tornar a proposta de projeto coerente e a dar resposta ao objetivo geral identificado, foram definidos objetivos específicos, bem como atividades a serem desenvolvidas para a consecução dos mesmos.

| OBJETIVO GERAL | Informar e apoiar os pais de recém-nascidos com Doença Metabólica Óssea da Prematuridade na assunção do papel parental | | | |
|--|---|--|--|---|
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ATIVIDADES A DESENVOLVER | RECURSOS NECESSÁRIOS | | AVALIAÇÃO |
| | | Humanos | Materiais | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informar os pais sobre a DMO e os cuidados relacionados com a mesma. | <ul style="list-style-type: none"> • Validação do Folheto informativo proposto (Apêndice I) pelo Grupo de Desenvolvimento da Unidade e pela Enfermeira Gestora; • Entrega do folheto informativo no momento do diagnóstico. | Enfermeiro da UN; Pais de RN com DMO | Folheto Informativo impresso. | Entrega de questionário de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação dos pais dos RN internados na UN e, em especial, dos pais de RN com DMO; • Promover a esperança dos pais de RN com DMO; • Incentivar a expressão de sentimentos e vivências entre pais. | <ul style="list-style-type: none"> • Implementação das estratégias promotoras da participação dos pais identificadas no subcapítulo anterior na UN; • Implementação das propostas de intervenção introdutória “Primeiro encontro”, “A Caixa dos Desejos” e “Acolher um novo membro no GAM”, segundo Charepe (2014, pp. 21-41) (Anexo I); • Implementação das propostas de (re)construção da esperança “Descobrir metas, soluções e caminhos alternativos”, “Celebrar as competências dos pais”, “Momentos de sorriso” e “Modelos de esperança no GAM”, segundo Charepe (2014, pp. 49-71) (Fichas de apoio ao facilitador em Anexo II). | Enfermeiro da UN; Moderador do GAM; Pais de RN internados na UN. | Sala para realização das reuniões do GAM; Materiais necessários para as atividades desenvolvidas. | do folheto e participação nas reuniões do GAM no momento da alta da UN (Apêndice II). |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que não será possível aplicar a presente proposta de projeto durante o estágio, considero que é de extrema importância realizar uma avaliação do mesmo a médio e longo prazo, através da realização de uma auditoria semestral à avaliação realizada pelos pais no momento da alta hospitalar.

Através da auditoria, tornar-se-á possível realizar uma otimização da metodologia proposta para os diferentes momentos da hospitalização do RN com DMO – momento do diagnóstico médico com a entrega do folheto informativo e durante o processo de hospitalização prolongada em relação à participação nos GAM. Com a mesma também será possível refletir sobre as atividades propostas e a aplicabilidade das mesmas, assim como sobre a efetividade das intervenções de enfermagem na resposta às necessidades identificadas pelos pais, com foco na capacitação e autonomia dos mesmos para a prestação de cuidados seguros aos seus filhos.

Somente através do processo reflexivo e de avaliação contínua e constante sobre a prática será possível alcançar a melhoria contínua nos cuidados de enfermagem, dando resposta aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem regulados pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caporali, C., Pisoni, C., Gasparini, L., Ballante, E., Zecca, M., Orcesi, S., & Provenzi, L. (2020). A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *Journal of Perinatology*, 40(12), 1739-1752. [10.1038/s41372-020-00798-6](https://doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6)
- Carvalho, M. S., & Charepe, Z. (2020). Promover a esperança: conquistas no presente e desafios para o futuro. *Cadernos de Saúde*, 12 (número especial), 23-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10234>
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crônica. Modelo de intervenção em ajuda mútua* (1.ª ed.). Universidade Católica Editora
- Costa, R., Franco, C., Santos, N., Maio, P., Vieira, F., Antunes, S., Martins, L., & Tuna, M. L. (2019). Doença metabólica óssea da prematuridade em recém-nascidos de muito baixo peso: estudo observacional retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 32 (7-8), 536-541. <https://doi.org/10.20344/amp.10994>
- Cruz, A. C., Prosdossimi, C., & Angelo, M. (2021). Nascimento prematuro e impacto na família. In Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatrias (ed.). *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família* (pp. 53-67). <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x19092.pdf#page=53>
- Fisher, K. (2019). The high-risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers. *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11.ª ed, pp. 270-337). ELSEVIER
- Grupo do Sono e Posicionamentos. (2012). *Como posicionar e manipular o seu filho (a)* (folheto). [Redacted] Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers. *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11.ª ed, pp. 1-14). ELSEVIER

- Margotto, P. R., & Vidigal, M. M. B. A. (2021). Distúrbios metabólicos. In P. R. Margotto (ed). *Assistência ao recém-nascido de risco* (pp. 201-223)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Aprovado na Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Referência – Revista de Enfermagem*, 5(4), 137-146. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974008.pdf>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S. A., Neves, V. F. H. P., & Camarneiro, A. P. F. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20-32. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/183/189>
- Sousa, F. M. R. P. C., & Curado, M. A. S. (2020). Avaliação do stress parental na unidade de neonatologia: revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 65-86. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/174/179>
- Toso, B. R. G. O., Vieira, C. S., Valter, J. M., Delatore, S., & Barreto, G. M. S. (2015). Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em unidade de

terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1147-1153.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680621i>

APÊNDICES

Apêndice I

Folheto Informativo “Como cuidar do seu filho com Doença Metabólica
Óssea da Prematuridade” para impressão

Baixos níveis de cálcio e fósforo no tecido ósseo podem resultar em fraturas espontâneas, e por vezes o seu filho pode necessitar de ficar com **gesso num membro.**

Aliados à gestão nutricional, existem **exercícios de estimulação motora** que, para além de promoverem a mobilidade do seu filho, também promovem a **formação e o crescimento ósseo!**

Estes são realizados pelo Enfermeiro Especialista em Reabilitação ou Fisioterapeuta.



UNIDADE DE NEONATOLOGIA

É ESSENCIAL TER CUIDADO QUANDO TOCA NO SEU FILHO, MESMO QUANDO OS MOVIMENTOS PARECEM INOFENSIVOS.

MAS VAI CONSEGUIR, DE CERTEZA!

SE TIVER ALGUMA DÚVIDA NÃO HESITE EM PERGUNTAR...

CONTACTE-NOS ATRAVÉS DO

O SEU BEBÉ NÃO É O ÚNICO!

Folheto realizado pela Estudante de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Mariana Ferreira em colaboração com a Enfermeira [redacted] e o Grupo do Desenvolvimento [redacted] novembro de 2022

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



COMO CUIDAR DO SEU FILHO COM DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA DA PREMATURIDADE

O QUE É A DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA DA PREMATURIDADE?

A Doença Metabólica Óssea da Prematuridade ou Osteopénia da Prematuridade resulta da diminuição da densidade do osso em comparação com o esperado.

A formação do esqueleto inicia-se na 6ª semana de gestação, sendo o último trimestre crítico para a incorporação de minerais no tecido ósseo, como o cálcio e o fósforo.

Após o nascimento, a inadequada ingestão destes minerais também podem contribuir para o desenvolvimento da doença.

Quando o começa a manipular...

- Deve fazê-lo lentamente, sem mudanças súbitas e com movimentos suaves;
- Evite falar nesse momento para diminuir os estímulos.

Na mudança da fralda...

- Utilize objetos - como uma fralda de pano ou lençol - que apoiem a região das costas;
- Utilize a mão não dominante para dar apoio nas pernas sem fazer pressão.

Quando o colocar no colo...

- Agarre no bebé com as duas mãos, garantindo que todos os membros se encontram apoiados;
- Utilize uma almofada para lhe dar apoio, caso considere necessário.



Quando o posicionar...

- Ter em atenção que o bebé deve ficar com as mãos próximas da cara e com as pernas encolhidas, adotando a posição como se estivesse no útero;
- Coloque limites à sua volta - utilização do ninho e rolos - para facilitar os movimentos;
- Utilize sempre movimentos lentos, mobilizando o bebé em bloco, sem "puxar" membros para o colocar direito.

Terá sempre um enfermeiro disponível para o ajudar, não tenha medo de tocar no seu bebé!

Apêndice II

Questionário de Avaliação da Proposta de Projeto

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

O presente questionário tem como objetivo avaliar a importância do Folheto Informativo “Como cuidar do seu filho com Doença Metabólica da Prematuridade” e da participação nas reuniões do Grupo de Ajuda Mútua da Unidade de Neonatologia. O preenchimento do presente questionário é realizado de forma anónima.

Data de Entrada na Unidade: ___ / ___ / ____

Idade Gestacional: _____

Data de Alta na Unidade: ___ / ___ / ____

Nº dias internado: _____

Avalie o grau de importância de acordo com a seguinte escala: **1** – Sem importância; **2** – Pouco Importante; **3** – Razoavelmente importante; **4**- Importante; **5** – Muito Importante.

| FOLHETO INFORMATIVO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Considera que o folheto informativo foi importante para conhecer a patologia do seu filho? | | | | | |
| Considera que o folheto informativo foi importante para facilitar a prestação de cuidados seguros ao seu filho? | | | | | |

| GRUPO DE AJUDA MÚTUA | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| Conhecia a existência de Grupos de Ajuda Mútua? | | |
| Se sim, já tinha participado em algum? | | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Considera que a participação nas reuniões do Grupo de Ajuda Mútua foi importante para o capacitar no cuidado ao seu filho? | | | | | |
| Considera que a participação nas reuniões do Grupo de Ajuda Mútua foi importante para expressar sentimentos? | | | | | |

O que sentiu durante e após a participação nas reuniões do Grupo de Ajuda Mútua?

Que ganhos considera ter obtido através da participação nas reuniões do Grupo de Ajuda Mútua?

MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

ANEXOS

Anexo I

Propostas de Intervenção Introdutória

| Proposta de Intervenção | PRIMEIRO ENCONTRO (proposta de intervenção introdutória) |
|---|---|
| Rituais | APRESENTAÇÃO; PARTILHA; FINALIZAÇÃO |
| Duração | 02:00 Horas |
| Preparação do ambiente físico dos encontros | Espaço neutro, isolado de ruídos e possíveis interrupções (fechar a porta e tapar a visibilidade para outros espaços) Decoração do espaço adequada ao âmbito do encontro (por exemplo, evitar a dispersão de objetos e/ou painéis) Disposição das cadeiras em círculo fechado (sugere-se que os técnicos se coloquem entre os pais) |
| Material de apoio | <i>Kit com material para o acolhimento dos novos membros no grupo?</i> - Cartas/postais com mensagem de "boas-vindas" aos novos membros - Material para a apresentação do grupo (por exemplo, folhetos/brochuras/ /manuais) - Caixa dos desejos |
| Avaliação processual | Processo: Impacto do encontro nas expectativas dos pais Crítérios: - Impacto do encontro nas expectativas dos pais Positivo: "Quando a totalidade dos pais presentes expressam que o encontro satisfaz as suas expectativas " - Impacto do encontro nas expectativas dos pais Não positivo: "Quando pelo menos um dos pais expressa que o encontro não satisfaz na totalidade as suas expectativas ", sendo indicador de opções de intervenção adicionais Opções de intervenção adicionais a serem dinamizadas no próximo encontro: - Clarificar a missão do grupo - Motivir os pais a partilharem as suas expectativas e sugestões - Negociar as atividades a serem promovidas a partir das expectativas e sugestões partilhadas - Avaliar as expectativas e sugestões não consensuais com os pais e técnicos Modo de avaliação: avaliação da utilidade do encontro/desejos, operacionalizada por duas questões abertas dirigidas aos pais |
| Comentário | As atividades sugeridas para este encontro que não sejam cumpridas, deverão ser concretizadas no encontro seguinte, dado que a operacionalização das mesmas depende do número de pais presentes e da dinâmica de participação instituída |

Figura 3. Ritual "Primeiro encontro" extraído de Charepe (2014, p. 25)

| Proposta de Intervenção | PRIMEIRO ENCONTRO (proposta de intervenção introdutória) |
|--|--|
| Ritual | Atividades |
| APRESENTAÇÃO | · Transmitir as "boas-vindas" · Agradecer a todos os membros a sua presença no encontro · Apresentar os técnicos e os pais presentes |
| Atividade | Explicitação Sugestões de narrativa |
| Transmitir as "boas-vindas" | A transmissão de "boas-vindas" a todos os membros presentes é realizada pelo técnico que assume a facilitação do encontro. · Dando início ao encontro · Transmitindo as "boas-vindas" • Para a narrativa de boas-vindas: <i>"Bem-vindos"</i> <i>"Damos as boas-vindas a todos os membros"</i> |
| Agradecer aos técnicos e pais a sua presença no encontro | O agradecimento pela presença de todos os membros é realizada pelo técnico que assume a facilitação do encontro. · Orientando os pais para a leitura das cartas/postais de "boas-vindas" ao grupo, a que tiveram acesso no início do encontro (este material pode estar distribuído nas cadeiras ou em local específico no início do encontro) • Para a narrativa de agradecimento: <i>"Agradeço a Vossa presença neste encontro"</i> <i>"Agradeço a todos os pais e técnicos a Vossa presença neste encontro"</i> • Para a narrativa de leitura do material de boas-vindas: <i>"Como forma de assinalar a Vossa presença neste encontro, uma mensagem de 'boas-vindas' que vos é oferecida pelos técnicos deste grupo"</i> |
| Apresentar os técnicos e os pais presentes | A apresentação dos técnicos e pais é iniciada pelo técnico que assume a facilitação do encontro. · Orientando a sua apresentação pela identidade pessoal/profissional e motivo de ligação ao grupo (posteriormente apresentam-se os restantes técnicos) · Orientando os pais para a sua apresentação, pela sua identidade pessoal e motivo de admissão ao grupo • Para a narrativa de apresentação dos técnicos: <i>"O meu nome é ... gosto de ser chamado por..., sou ... psicólogo(a), enfermeiro(a), pediatra, etc... O motivo pelo qual pertenço a este grupo é ..."</i> • Para a narrativa de apresentação dos pais: <i>"Convidávamos os pais a partilharem connosco como gostariam de ser apresentados..."</i> <i>"Como cbegaram a este grupo?... Quais as Vossas expectativas"</i> |

Figura 4. Ritual "Primeiro encontro - Apresentação" extraído de Charepe (2014, p. 26)

| Proposta de Intervenção | PRIMEIRO ENCONTRO (proposta de intervenção introdutória) |
|-------------------------|--|
| Ritual | Atividades |
| PARTILHA | · Apresentar o grupo · Dinamizar a partilha |
| Atividade | Explicitação Sugestões de narrativa |
| Apresentar o grupo | Com a apresentação do grupo dá-se início à partilha, sendo esta realizada pelos técnicos que assumem a facilitação da partilha, tendo em conta os seguintes aspetos: · Como surgiu o grupo · Constituição e finalidade do grupo · Pressupostos e princípios de intervenção · Organização e funcionamento dos encontros |
| Dinamizar a partilha | Após a apresentação do grupo, o técnico facilitador do encontro e os restantes técnicos presentes: · Promovem um espaço para o esclarecimento de dúvidas, tendo em conta o apresentado anteriormente · Orientam os pais a redigirem as suas expectativas e desejos face ao grupo, tendo em conta o que partilharam na sua apresentação bem como o enquadramento da missão do grupo descrita anteriormente pelos técnicos · Orientam os pais a colocarem as expectativas e desejos redigidos na caixa dos desejos construída para o efeito ³ • Para a narrativa de dinamizar a partilha: <i>"O que teria de acontecer para que este grupo Vos possa vir a ser útil?"</i> <i>"O que teria de acontecer para que este grupo Vos possa ajudar... tendo em conta as Vossas expectativas?"</i> |

Figura 5. Ritual "Primeiro encontro - Partilha" extraído de Charepe (2014, p. 27)

| Proposta de Intervenção | PRIMEIRO ENCONTRO (proposta de intervenção introdutória) |
|--|--|
| Ritual | Atividades |
| FINALIZAÇÃO | · Realizar a síntese do ocorrido no encontro · Negociar a regularidade dos encontros no futuro · Relembrar a data, hora e local do próximo encontro · Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais |
| Atividade | Explicitação Sugestões de narrativa |
| Realizar a síntese do ocorrido no encontro | O técnico facilitador do encontro realizará a síntese do partilhado no término do encontro, podendo incluir os seguintes aspetos: · Síntese das ideias/momentos de destaque · Descrever os sucessos/conquistas partilhados |
| Negociar a regularidade dos encontros no futuro | O técnico facilitador do encontro negocia a regularidade dos encontros do grupo no futuro, tendo em conta: · O local/espaço selecionado · Frequência dos encontros · Duração dos encontros |
| Identificar a data, hora e local do próximo encontro | O técnico facilitador do encontro e/ou os técnicos presentes: · Relembra a data, hora e local do próximo encontro · Distribui material acerca do grupo e/ou intervenção |
| Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais | O técnico facilitador do encontro e/ou os técnicos presentes: · Convidam os pais a participarem no espaço de convívio organizado para o efeito ⁴ |

Figura 6. Ritual "Primeiro encontro - Finalização" extraído de Charepe (2014, p. 28)

| Proposta de Intervenção | A CAIXA DOS DESEJOS (proposta de intervenção introdutória) |
|---|--|
| Rituais | APRESENTAÇÃO; PARTILHA; FINALIZAÇÃO |
| Duração | 02:00 Horas |
| Preparação do ambiente físico dos encontros | Espaço neutro, isolado de ruídos e possíveis interrupções (fechar a porta e tapar a visibilidade para outros espaços) Decoração do espaço adequada ao âmbito do encontro (por exemplo, evitar a dispersão de objetos e/ou painéis) Disposição das cadeiras em círculo fechado (sugere-se que os técnicos se coloquem entre os pais) |
| Material de apoio | <i>Kit com material para o acolhimento dos novos membros no grupo</i> : - Cartas/postais com mensagem de "boas-vindas" aos novos membros - Material para a apresentação do grupo (por exemplo, folhetos/brochuras/ /manuais) - Caixa dos desejos <i>Instrumento de registo</i> : - Instrumento de registo A: Os nossos desejos para o GAM |
| Avaliação processual | Processo : As expectativas dos pais relacionadas com as atividades a serem desenvolvidas no GAM Crterios : - Identificação de caminhos ou soluções alternativas/ Positivo : "Quando a totalidade dos pais identificam caminhos ou soluções alternativas para a resolução dos seus problemas , relacionadas com a ajuda que pretendem obter do GAM" - Identificação de metas/objetivos no lidar com a doença dos seus filhos/ Positivo : "Quando a totalidade dos pais identificam metas/objetivos para lidarem com a doença dos seus filhos , relacionados com a ajuda que pretendem obter do GAM" - Identificação de caminhos ou soluções alternativas/ Não Positivo : Quando pelo menos um dos pais expressa a ausência de caminhos ou soluções alternativas para a resolução dos seus problemas , relacionados com a ajuda que pretende obter do GAM", sendo indiciador de opções de intervenção adicionais - Identificação de metas/objetivos no lidar com a doença dos seus filhos/ Não Positivo : "Quando pelo menos um dos pais expressa a ausência de metas/objetivos no lidar com a doença dos seus filhos , relacionadas com a ajuda que pretende obter do GAM", sendo indiciador de opções de intervenção adicionais |

Figura 7. Ritual "A caixa dos desejos" extraído de Charepe (2014, p. 29)

| Proposta de Intervenção | A CAIXA DOS DESEJOS (proposta de intervenção introdutória) |
|------------------------------|---|
| Avaliação processual (cont.) | Opções de intervenção adicionais a serem dinamizadas no próximo encontro : - Reforçar as relações de mutualidade no GAM, em torno das expectativas partilhadas - Motivar os pais a partilharem as metas já atingidas - Incentivar os pais a descreverem as estratégias que utilizaram no alcançar das suas metas Modo de avaliação : - Avaliação dos fatores promotores de esperança enquanto recurso na intervenção |
| Comentário | Sugere-se a operacionalização desta proposta de intervenção, na sequência de um primeiro encontro do GAM, ou para efeitos de reavaliação das expectativas dos pais As atividades sugeridas para este encontro que não sejam cumpridas, deverão ser concretizadas no encontro seguinte, dado que a operacionalização das mesmas depende do número de pais presentes e da dinâmica de participação instituída |

Figura 8. Ritual "A caixa dos desejos" (continuação) extraído de Charepe (2014, p. 30)

| Proposta de Intervenção | A CAIXA DOS DESEJOS (proposta de intervenção introdutória) | |
|--|---|--|
| Ritual | Atividades | |
| APRESENTAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> Transmitir as "boas-vindas" (se estiverem presentes no encontro novos membros) Agradecer a todos os membros a sua presença no encontro Apresentar os técnicos e os pais presentes Apresentar o grupo (se estiverem presentes no encontro novos membros) Realizar a síntese do encontro anterior | |
| Atividade | Explicação | Sugestões de narrativa |
| Transmitir as "boas-vindas" | A transmissão de "boas-vindas" a todos os membros presentes é realizada pelo técnico que assume a facilitação do encontro: <i>Dando início ao encontro, Transmitindo as "boas-vindas"</i> | <ul style="list-style-type: none"> Para a narrativa de boas-vindas: <i>"Bem-vindos"</i> <i>"Damos as boas-vindas a todos os membros"</i> |
| Agradecer aos técnicos e pais a sua presença no encontro | O agradecimento pela presença de todos os membros é realizada pelo técnico que assume a facilitação do encontro | <ul style="list-style-type: none"> Para a narrativa de agradecimento: <i>"Agradeço a Vossa presença neste encontro"</i> <i>"Agradeço a todos os pais e técnicos a Vossa presença neste encontro"</i> |
| Apresentar os técnicos e os pais presentes | A apresentação dos técnicos e pais é iniciada pelo técnico que assume a facilitação do encontro: <ul style="list-style-type: none"> Orientando a sua apresentação pela identidade pessoal/profissional (posteriormente apresentam-se os restantes técnicos) Orientando os pais para a sua apresentação, pela sua identidade pessoal e apresentação da criança | <ul style="list-style-type: none"> Para a narrativa de apresentação dos pais: <i>"Convidávamos os pais a partilharem connosco como gostariam de ser apresentados... como apresentariam o(a) Vosso(a) filho(a)?" (narrativa para os novos membros)</i> <i>"Como chegaram a este grupo?... Quais as Vossas expectativas?" (narrativa para os novos membros)</i> |
| Apresentar o grupo | Apresentação sumária do grupo, sendo esta realizada pelos técnicos que assumem a facilitação da partilha, tendo em conta os seguintes aspetos: <i>Como surgiu o grupo; Constituição e finalidade do grupo; Organização e funcionamento dos encontros</i> | --- |
| Realizar a síntese do encontro anterior | Apresentação das principais atividades realizadas no encontro anterior, sendo esta realizada pelos técnicos que assumem a facilitação da partilha, em colaboração com os pais que estiveram presentes no mesmo | --- |

Figura 9. Ritual "A caixa dos desejos - Apresentação" extraído de Charepe (2014, p. 31)

| Proposta de Intervenção | A CAIXA DOS DESEJOS (proposta de intervenção introdutória) | |
|-----------------------------|--|--|
| Ritual | Atividades | |
| PARTILHA | <ul style="list-style-type: none"> · Explorar os desejos · Dinamizar a partilha | |
| Atividade | Explicitação | Sugestões de narrativa |
| Explorar os desejos | <p>O técnico facilitador do encontro e os restantes técnicos presentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Promovem um espaço para a apresentação dos desejos dos pais no GAM (<i>expectativas e desejos redigidos pelos pais no encontro anterior</i>) · Orientam os pais para o preenchimento do instrumento de registo A: Os nossos desejos para o GAM | — |
| Dinamizar a partilha | <p>O técnico facilitador do encontro e os restantes técnicos presentes iniciam a dinâmica da partilha de expectativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Orientam os pais para retirarem da caixa dos desejos as expectativas redigidas (<i>se estiverem presentes no encontro novos membros, sugere-se que redijam as suas expectativas para o próximo encontro</i>) · Incentivam os pais a partilharem por cada expectativa, uma solução para o seu cumprimento no GAM · Orientam os pais a registarem, no instrumento de registo A, as soluções e compromisso partilhado | <ul style="list-style-type: none"> • Para a narrativa de dinamizar a partilha: <i>“Que soluções podem ser sugeridas pelo grupo, para que as Vossas expectativas sejam cumpridas?”</i> |

Figura 10. Ritual “A caixa dos desejos - Partilha” extraído de Charepe (2014, p. 32)

| Proposta de Intervenção | A CAIXA DOS DESEJOS (proposta de intervenção introdutória) | |
|---|--|------------------------|
| Ritual | Atividades | |
| FINALIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> · Realizar a síntese dos desejos partilhados · Realizar a síntese das soluções possíveis para a realização dos desejos no GAM · Relembrar a data, hora e local do próximo encontro · Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais | |
| Atividade | Explicitação | Sugestões de narrativa |
| Realizar a síntese dos desejos partilhados | <p>O técnico facilitador do encontro realizará a síntese dos desejos partilhados no término do encontro, podendo incluir os seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Síntese dos desejos/expectativas mais destacados | — |
| Realizar a síntese das soluções possíveis para a realização dos desejos no GAM | <p>O técnico facilitador do encontro realizará a síntese das soluções, que foram partilhadas, podendo incluir os seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Síntese das soluções (maior consenso entre os pais) | — |
| Identificar a data, hora e local do próximo encontro | <p>O técnico facilitador do encontro e/ou os técnicos presentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Relembra a data, hora e local do próximo encontro · Distribui material acerca do grupo e/ou intervenção | — |
| Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais | <p>O técnico facilitador do encontro e/ou os técnicos presentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Convidam os pais a participarem no espaço de convívio organizado para o efeito⁷ | — |

Figura 11. Ritual “A caixa dos desejos - Finalização” extraído de Charepe (2014, p. 33)

| | |
|--|--|
| Proposta de intervenção | ACOLHER UM NOVO MEMBRO NO GAM (proposta de intervenção introdutória) |
| Rituais | APRESENTAÇÃO; PARTILHA TEMÁTICA; FINALIZAÇÃO |
| Duração | 02:00 Horas |
| Preparação do ambiente físico dos encontros | Espaço neutro, isolado de ruídos e possíveis interrupções (fechar a porta e tapar a visibilidade para outros espaços) Deconação do espaço adequada ao âmbito do encontro (por exemplo, evitar a dispersão de objetos e/ou painéis) Disposição das cadeiras em círculo fechado (sugere-se que os técnicos se coloquem entre os pais) |
| Material de apoio | <i>Kit com material para o acolhimento dos novos membros no grupo</i> ¹⁴ : - Cartas/postais com mensagem de “boas-vindas” aos novos membros - Material para a apresentação do grupo (por exemplo, folhetos/brochuras/ /manuais) - Caixa dos desejos <i>Outro material referente à proposta de intervenção prevista para o encontro</i> <i>Instrumento de registo</i> ¹⁵ : - Instrumento de registo sugerido na proposta de intervenção prevista para o encontro - Instrumento de registo A: Os nossos desejos para o GAM |
| Avaliação processual | Processo: - Avaliação sugerida na proposta de intervenção prevista para o encontro - Impacto do encontro nas expetativas do(s) novo(s) membro(s) do GAM Crítérios: - Avaliação sugerida na proposta de intervenção prevista para o encontro - Critérios de avaliação quando se admite um novo membro: · Impacto do encontro nas expetativas dos pais/ Positivo : “Quando a totalidade dos pais presentes (novos membros) expressam que o encontro satisfaz as suas expetativas ” · Impacto do encontro nas expetativas dos pais/ Não Positivo : “Quando pelo menos um dos pais (novos membros) expressa que o encontro não satisfaz na totalidade as suas expetativas ”, sendo indicador de opções de intervenção adicionais |

Figura 12. Ritual “Acolher um novo membro no GAM” extraído de Charepe (2014, p. 39)

| | |
|-------------------------------------|---|
| Proposta de Intervenção | ACOLHER UM NOVO MEMBRO NO GAM (proposta de intervenção introdutória) |
| Avaliação processual (cont.) | Opções de intervenção adicionais a serem dinamizadas no próximo encontro: - Opções de intervenção adicionais sugeridas na proposta de intervenção prevista para o encontro - Opções de intervenção adicionais sugeridas quando para os pais (novos membros), expressam que o encontro não satisfaz na totalidade as suas expetativas: · Clarificar a missão do grupo · Motivar os pais a partilharem as suas expetativas e sugestões · Negociar as atividades a serem promovidas a partir das expetativas e sugestões · Avaliar as expetativas e sugestões não consensuais com o grupo |
| Comentário | As atividades sugeridas para este encontro surgem integradas nas propostas de intervenção previstas, sempre que esteja presente um novo membro nos encontros promovidos pelo GAM. À semelhança das restantes propostas de intervenção, as atividades que não sejam cumpridas deverão ser concretizadas no encontro seguinte, dado que a operacionalização das mesmas depende do número de pais presentes e da dinâmica de participação instituída |

Figura 13. Ritual “Acolher um novo membro no GAM” (continuação) extraído de Charepe (2014, p. 40)

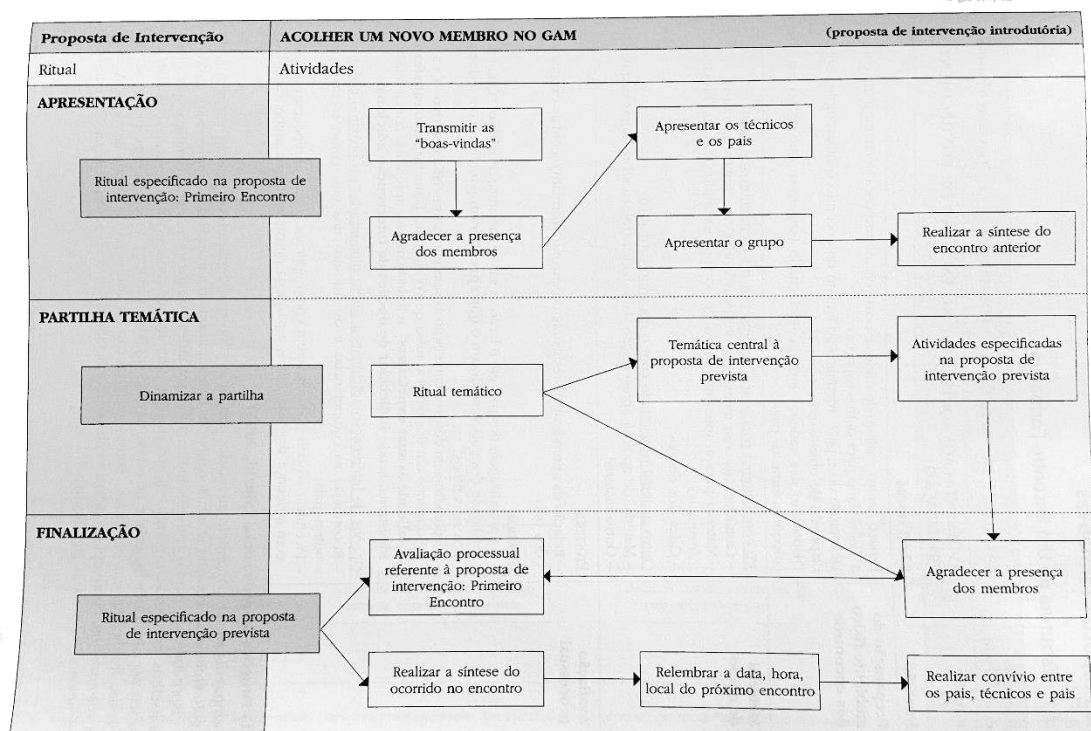


Figura 14. Ritual “Acolher um novo membro no GAM – Apresentação, partilha temática e finalização” extraído de Charepe (2014, p. 41)

Anexo II

Fichas de apoio ao facilitador das Propostas de (Re)construção da
Esperança

DESCOBRIR METAS, SOLUÇÕES E CAMINHOS ALTERNATIVOS

Proposta de (re)construção de esperança

RITUAIS

• Apresentação

- Transmitir as "boas-vindas" (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Agradecer a todos os membros a sua presença no encontro
- Apresentar os técnicos e os pais presentes através dos seus atributos pessoais⁸²
- Apresentar o grupo (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Realizar a síntese do encontro anterior

• Metas e/ou objetivos

- Valorizar e reconhecer nos pais a sua capacidade de estabelecerem metas e/ou objetivos
- Valorizar e reconhecer o investimento pessoal na procura de soluções e caminhos alternativos

• Finalização

- Identificar melhores meios e/ou recursos para o apoio individual
- Realizar a síntese do ocorrido no encontro
- Relembrar a data, hora e local do próximo encontro
- Entregar a "mensagem de esperança": Acreditar
- Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais

MATERIAL DE APOIO

• Kit com material para o acolhimento de novos membros no grupo

- Cartas/postais com mensagem de "boas-vindas" aos novos membros
- Material para a apresentação do grupo (folhetos/brochuras/manuais)
- Caixa dos desejos

• Kit com material para a realização de um plano orientado por metas e/ou objetivos

- Material para a construção de um mural: mapa de planeamento do futuro
- Material para a redação de mensagens de esperança dirigidas aos pais: cartas/postais/medalhas em suporte de papel
- Diário de Esperança

• Instrumento de registo

- Instrumento de registo C: As minhas metas e objetivos

AVALIAÇÃO PROCESSUAL

• Processo

- Motivação dos pais para o estabelecimento e/ou reformulação de metas e/ou objetivos

• Critérios

- A motivação dos pais para o estabelecimento e/ou reformulação de metas e/ou objetivos/Positivo: "Quando a totalidade dos pais identificam metas/objetivos relacionadas com o planeamento do futuro"
 - A motivação dos pais para o estabelecimento e/ou reformulação de metas e/ou objetivos/Positivo: "Quando a totalidade dos pais identificam caminhos, soluções alternativas, relacionados com o planeamento do futuro"
 - A motivação dos pais para o estabelecimento e/ou reformulação de metas e/ou objetivos/Não Positivo: "Quando pelo menos um dos pais não identifica metas/objetivos relacionados com o planeamento do futuro", sendo indiciador de opções de intervenção adicionais
 - A motivação dos pais para o estabelecimento e/ou reformulação de metas e/ou objetivos/Não Positivo: "Quando pelo menos um dos pais **não identifica caminhos, soluções alternativas, relacionados com o planeamento do futuro**", sendo **indiciador de opções de intervenção adicionais**
- ##### • Opções de intervenção adicionais sugeridas para o próximo encontro⁸³
- Reformular os objetivos reais e concretizáveis a curto e/ou a médio prazo
 - Reavaliar as vias disponíveis para que os objetivos definidos possam ser atingidos
 - Incentivar os pais através da partilha a enquadrarem as suas metas, na sua própria experiência e nas possíveis soluções para as concretizarem com sucesso

⁸² Consideram-se *atributos pessoais* as características e/ou uma qualidade considerada positiva (coragem, serenidade, força, energia, carinho, optimismo e orientação para o futuro)

⁸³ Sugere-se a proposta de (re)construção da esperança: Celebrar as competências dos pais

Figura 15. Ficha de apoio "Descobrir metas, soluções e caminhos alternativos" extraída da obra de Charepe (2014, p. 122)

CELEBRAR AS COMPETÊNCIAS DOS PAIS

Proposta de (re)construção de esperança

RITUAIS

• Apresentação

- Transmitir as "boas-vindas" (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Agradecer a todos os membros a sua presença no encontro
- Apresentar os técnicos e os pais presentes
- Apresentar o grupo (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Realizar a síntese do encontro anterior

• Recordar os talentos⁸⁴

- Partilhar os talentos

• Celebrar os talentos

- Celebrar os talentos partilhados
- Realizar a síntese do ocorrido no encontro
- Relembrar a data, hora e local do próximo encontro
- Entregar a "medalha de esperança": Coragem
- Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais

MATERIAL DE APOIO

• Kit com material para o acolhimento de novos membros no grupo

- Cartas/postais com mensagem de "boas-vindas" aos novos membros
- Material para a apresentação do grupo (folhetos/brochuras/manuais)
- Caixa dos desejos

• Kit com material para a celebração das competências dos pais

- Material para a redação dos talentos: folhas de papel A4 e marcadores
- Material para a redação de mensagens de esperança dirigidas aos pais: cartas/postais/medalhas em suporte de papel
- Diário de Esperança

• Instrumento de registo

- Instrumento de registo D: A árvore dos talentos

AVALIAÇÃO PROCESSUAL

• Processo

- Perceção de autopotencial partilhada pelos pais
- Integração das dúvidas no autopotencial dos pais em soluções partilhadas

• Critérios

- A perceção dos pais referente ao seu autopotencial/**Positivo**: "Quando pelo menos um dos pais, ao disponibilizar o seu apoio aos outros pais, **identifica as suas competências relacionadas com o cuidar do(s) seu(s) filho(s)**"
- A perceção dos pais referente ao seu autopotencial/**Não Positivo**: "Quando pelo menos um dos pais **expressa dúvidas no seu autopotencial relacionadas com o cuidar do(s) seu(s) filho(s)**", sendo **indiciador de opções de intervenção adicionais**

⁸⁴ Nesta proposta consideramos os talentos como as competências que os pais percebem sobre si próprios

Figura 16. Ficha de apoio "Celebrar as competências dos pais" extraída da obra de Charepe (2014, p. 123)

- A integração pelo GAM das dúvidas no autopotencial expressas pelos pais: **Positivo**: "Quando a totalidade dos pais demonstra respeito pelas dúvidas no autopotencial partilhadas por outros pais, **enquadrando-as na sua própria experiência e nas possíveis soluções para as ultrapassar**"
 - A integração pelo GAM das dúvidas no autopotencial expressas pelos pais/**Não Positivo**: "Quando pelo menos um dos pais critica ou demonstra respeito pelas dúvidas no autopotencial partilhadas por outros pais, **enquadrando-as na sua própria experiência e nas possíveis soluções para as ultrapassar**", sendo **indiciador de opções de intervenção adicionais**
- **Opções de intervenção adicionais sugeridas para o próximo encontro**
- Identificar se as dúvidas no autopotencial estão relacionadas com as necessidades formativas expressas pelos pais⁸⁵
 - Identificar se as dúvidas no autopotencial estão relacionadas com os medos e receios expressos pelos pais no cuidar do(s) seu(s) filho(s)⁸⁶
 - Identificar se as dúvidas no autopotencial estão relacionadas com a dificuldade dos pais em expressarem-se no espaço de partilha⁸⁷

Figura 17. Ficha de apoio "Celebrar as competências dos pais" (continuação) extraída da obra de Charepe (2014, p. 124)

MOMENTOS DE SORRISO

Proposta de (re)construção de esperança

RITUAIS

• Apresentação

- Transmitir as “boas-vindas” (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Agradecer a todos os membros a sua presença no encontro
- Apresentar os técnicos e os pais presentes (*e o convidado se estiver presente*⁸⁸)
- Apresentar o grupo (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Realizar a síntese do encontro anterior

• Sorrir na partilha

- Realizar introdução breve à atividade (*pele convidado se estiver presente*)
- Selecionar a atividade em colaboração com os pais
- Incentivar os pais a participarem na atividade selecionada
- Operacionalizar a atividade selecionada

• Finalização

- Distribuir abraços e sorrisos
- Relembrar a data, hora e local do próximo encontro
- Entregar a “medalha de esperança”: Energia
- Orientar os pais para a avaliação do encontro/sugestão de novas atividades
- Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais

MATERIAL DE APOIO

• **Kit com material para o acolhimento de novos membros no grupo**

- Cartas/postais com mensagem de “boas-vindas” aos novos membros
- Material para a apresentação do grupo (folhetos/brochuras/manuais)
- Caixa dos desejos

• **Kit com material para os momentos de sorriso**

- Material de apoio à intervenção (leitor de CD/fotografias/livros/álbum do GAM, de entre outros exemplos)
- Material para a redação de mensagens de esperança dirigidas aos pais: cartas/postais/medalhas em suporte de papel
- Diário de Esperança

• **Instrumento de registo**

- Registo fotográfico⁸⁹

Figura 18. Ficha de apoio “Momentos de sorriso” extraída da obra de Charepe (2014, p. 125)

AVALIAÇÃO PROCESSUAL

• **Processo**

Impacto do encontro nas expetativas dos pais

• **Critérios**

- Impacto do encontro nas expetativas dos pais/**Positivo**: “Quando a totalidade dos pais presentes **expressam que o encontro satisfaz as suas expetativas**”
- Impacto do encontro nas expetativas dos pais/**Não Positivo**: “Quando pelo menos um dos pais expressa que o encontro **não satisfaz na totalidade as suas expetativas**”, sendo **indiciador de opções de intervenção adicionais**

• **Opções de intervenção adicionais sugeridas para o próximo encontro**

- Motivar os pais a partilharem as suas expetativas e sugestões
- Negociar as atividades a serem promovidas a partir das expetativas e sugestões
- Avaliar as expetativas e sugestões não consensuais com os pais e técnicos

Figura 19. Ficha de apoio “Momentos de sorriso” (continuação) extraída da obra de Charepe (2014, p. 126)

MODELOS DE ESPERANÇA NO GAM

Proposta de (re)construção de esperança

RITUAIS

• Apresentação

- Transmitir as “boas-vindas” (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Agradecer a todos os membros a sua presença no encontro
- Apresentar os técnicos e os pais presentes
- Apresentar o grupo (*se estiverem presentes no encontro novos membros*)
- Realizar a síntese do encontro anterior

• A roda da esperança

- Partilhar a capacidade de reagir e resistir

• Finalização

- Realizar a síntese do ocorrido no encontro
- Relembrar a data, hora e local do próximo encontro
- Entregar a “medalha de esperança”: Não desistir
- Realizar convívio entre os pais, técnicos e pais

MATERIAL DE APOIO

• **Kit com material para o acolhimento de novos membros no grupo**

- Cartas/postais com mensagem de “boas-vindas” aos novos membros
- Material para a apresentação do grupo (folhetos/brochuras/manuais)
- Caixa dos desejos

• **Kit com material para a partilha da capacidade de reagir e resistir**

- Material para a redação dos atributos pessoais⁹²: folhas de papel A4; fita-cola e marcadores de várias cores
- Material para a redação de mensagens de esperança dirigidas aos pais: cartas/postais/medalhas em suporte de papel
- Diário de Esperança

AVALIAÇÃO PROCESSUAL

• Processo

- Identificação de expressões relacionadas com a capacidade de resistir e reagir dos pais

• Critérios

- Da interação estabelecida todos os pais reconhecem a sua capacidade de reagir e resistir à adversidade/**Positivo**
- Da interação estabelecida quando pelo menos um dos pais não reconhece a sua capacidade de reagir e resistir à adversidade/**Não Positivo**, sendo **indicador de opções de intervenção adicionais**

• **Opções de intervenção adicionais sugeridas para o próximo encontro**

- Identificar se o não reconhecimento das capacidades de reagir e resistir dos pais à adversidade está relacionado com as necessidades formativas expressas pelos pais⁹³
- Identificar se o não reconhecimento das capacidades de reagir e resistir dos pais à adversidade está relacionado com a falta de coesão e confiança no GAM⁹⁴

⁹² Consideram-se *atributos pessoais* as características e/ou uma qualidade considerada positiva (coragem, serenidade, força, energia, carinho, optimismo e orientação para o futuro)

⁹³ Sugere-se a proposta formativa orientada para a satisfação das necessidades formativas dos pais

⁹⁴ Sugere-se a proposta de (re)construção da esperança: Momentos de sorriso

Figura 20. Ficha de apoio “Modelos de esperança no GAM”
extraída da obra de Charepe (2014, p. 129)

Apêndice V.
Planeamento da sessão de formação em serviço: “Promoção da atividade física em crianças em idade pré-escolar hospitalizadas: intervenções do enfermeiro”



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

Planeamento da Sessão de Formação em Serviço:

“Promoção da Atividade Física em Crianças em Idade Pré-escolar Hospitalizadas: Intervenção do Enfermeiro”

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



**Lisboa
dezembro 2022**



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

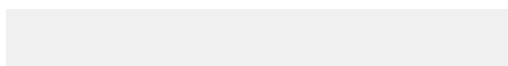
Planeamento da Sessão de Formação em Serviço:

“Promoção da Atividade Física em Crianças em Idade Pré-
escolar Hospitalizadas: Intervenção do Enfermeiro”

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



Prof^a. Orientadora: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues



**Lisboa
dezembro 2022**

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| NOTA INTRODUTÓRIA | 4 |
| 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 5 |
| 2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO EM SERVIÇO...9 | |
| 2.1. População Alvo..... | 9 |
| 2.2. Objetivos da Sessão..... | 9 |
| 2.3. Seleção de Conteúdos | 9 |
| 2.4. Organização da Atividade..... | 9 |
| 2.4.1. Plano da Atividade..... | 10 |
| 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO E CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS..... | 11 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 12 |

APÊNDICES

Apêndice I. Apresentação *PowerPoint* da sessão “Promoção da Atividade Física em Crianças em Idade Pré-Escolar Hospitalizadas: intervenção do enfermeiro

NOTA INTRODUTÓRIA

A presente sessão de formação em serviço surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto de Internamento de Pediatria, na medida em que se tornava necessário sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar durante a hospitalização. Esta sessão encontra-se englobada nas atividades do projeto de estágio desenvolvido, nomeado “A intervenção do enfermeiro na promoção da atividade física da criança em idade pré-escolar”.

Tendo em consideração que a hospitalização é um processo muitas vezes traumatizante e stressante para a criança e família, torna-se imprescindível que o enfermeiro atue como facilitador do mesmo. A prática de atividade física durante a hospitalização, para além dos benefícios evidentes que apresenta para a saúde da criança, também se constitui como um elo entre o seu quotidiano e, agora, o hospital. Através da mesma, é possível para a criança realizar atividades que lhe relembram o conforto e alegria do recreio ou de casa, assim como atividades que possam ser passíveis de exteriorizar o *stress* e a angústia decorrente do internamento. A idade pré-escolar, para além de ser aquela em que existe um grande desenvolvimento das habilidades e competências motoras, também é aquela cujos hábitos de vida saudáveis podem ser implementados ou adaptados, tornando-se possível atuar como promotor da saúde junto da família.

Assim, a presente sessão tem como finalidade a sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar durante a hospitalização, com foco na promoção do movimento da mesma – reduzindo o sedentarismo durante o internamento –, mas também na facilitação do processo de hospitalização.

O presente documento encontra-se dividido em três etapas: primeiramente a fundamentação teórica da temática abordada; de seguida o planeamento da sessão, onde consta a população alvo, os objetivos e conteúdos da sessão e a organização da mesma; e, por fim, a avaliação e os contributos da mesma para a aquisição de competências.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prática de atividade física regular é considerada um determinante essencial de saúde, estando claramente evidenciado o seu impacto positivo na prevenção e tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis, algumas consideradas como causa de morte em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021).

A obesidade infantil é reconhecida como uma das doenças mais comuns da atualidade, que poderá ter um impacto prejudicial na saúde da criança (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Segundo os dados COSI Portugal 2019, 29.6% e 11.9% das crianças estudadas, com idades compreendidas entre os 6 aos 8 anos, apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente, e mesmo que estes valores sejam inferiores ao estudo anterior, requerem atenção por parte do enfermeiro, uma vez que 55% das crianças obesas se tornam adolescentes obesos e 80% desses adolescentes se tornam adultos obesos (Rito et al., 2021). Segundo os mesmos autores, cerca de metade das crianças estudadas, durante a semana, utilizavam o computador durante 1 hora/dia, aumentando o tempo para 2 a 3 horas/dia durante o fim de semana, sendo a sua principal utilização para jogos eletrónicos. Embora os dados COSI Portugal 2019 (Rito et al., 2021) sejam referentes à avaliação de crianças do 1º ciclo de escolaridade, ou seja, em idade escolar, tornam-se essenciais para a compreensão da minha problemática, visto que o estágio de desenvolvimento anterior é a idade pré-escolar, foco de atenção do projeto, constatando-se que a adoção de hábitos sedentários já é uma realidade em idades anteriores às referidas neste estudo.

A prática de atividade física é essencial para o saudável desenvolvimento do ser humano, independentemente do seu estágio de desenvolvimento. Esta é definida como qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos que se traduz num gasto de energia acima do nível de repouso e que promove interações tanto sociais, como com o ambiente (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde, 2021; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). A atividade física é referente a todos os movimentos realizados pela pessoa, inclusive durante momentos de lazer, atividades de vida diária e deslocações para o trabalho ou escola (OMS, 2020). Segundo a DGS (2021), qualquer quantidade de atividade física é melhor que nenhuma, sendo que o tempo de prática de atividade física superior ao recomendado apresenta benefícios

adicionais para a saúde. Segundo a OMS (2020), a prática de atividade física traduz-se numa melhoria da aptidão física – a nível cardiorrespiratório e muscular -, da saúde cardiometabólica – tensão arterial, dislipidemia, níveis de glicose e resistência à insulina -, da saúde óssea, dos resultados cognitivos – melhoria do desempenho académico e função executiva -, da saúde mental – redução dos sintomas de depressão – e da redução da adiposidade. Cardoso e colaboradores (2019), acrescentam que a atividade física aumenta a autoestima, reduz o excesso de peso e obesidade, assim como o sedentarismo, favorece o crescimento normal e constitui-se como facilitadora da integração social. Zeng e colaboradores (2017) referem que, para a criança, a atividade física apresenta benefícios ao nível do desenvolvimento cognitivo, como a atenção e a memória, potencia uma melhoria do comportamento em sala de aula e reforça o impacto positivo no desempenho académico. A prática de atividade física, principalmente na primeira infância, traduz-se positivamente no desenvolvimento das habilidades e competências motoras, relacionadas com a motricidade fina e grossa (Schmutz et al., 2018).

A primeira infância – referente a idades inferiores aos 5 anos – não só se constitui como um período em que o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo da criança se realiza de um modo exponencial, como também é aquele que permite a criação de hábitos e a adaptação ou alteração de rotinas de estilos de vida saudáveis (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019). Deste modo, constata-se que esta é a altura ideal do desenvolvimento da criança para se promoverem hábitos de vida saudáveis, uma vez que os comportamentos de estilo de vida implementados e desenvolvidos nos primeiros anos de vida da criança influenciam positivamente a saúde da mesma no futuro, nomeadamente no que respeita à prática de atividade física (OMS, 2019).

Deste modo, e de forma a ser possível atuar na criança em idade pré-escolar, constitui-se como imprescindível conhecer e compreender o desenvolvimento da mesma. No que respeita ao desenvolvimento motor, esta é a etapa em que existe um maior desenvolvimento das habilidades motoras, principalmente ao nível da motricidade grossa (Papalia & Feldman, 2013). No entanto, Papalia e Feldman (2013) referem que o desenvolvimento da aptidão motora está dependente não só de características genéticas, mas também das oportunidades de aprendizagem e de prática de atividade física, reforçando que existe continuamente um aumento da complexidade das competências através da aquisição de novas. Segundo Piaget, a

criança em idade pré-escolar encontra-se no estágio pré-operatório do desenvolvimento cognitivo, pelo que apresenta uma grande expansão no uso do pensamento simbólico – aumento da noção de espaço, causalidade, categorização, identidades e número –, assim como tendência para se centrar somente num aspeto de uma situação específica, descurando as restantes, sendo o egocentrismo uma característica bastante presente nesta etapa (Papalia & Feldman, 2013). Já no que se refere ao desenvolvimento psicossocial, postulado por Erikson na sua teoria, os mesmos autores referem que a criança em idade pré-escolar se encontra no terceiro estágio de desenvolvimento – iniciativa versus culpa -, uma vez que apresenta a necessidade de lidar com sentimentos conflituosos sobre si, apresentando uma dualidade da sua personalidade: ora permanece criança, com uma necessidade de explorar e experimentar coisas novas, ora sobressai a parte que se está a tornar adulta, na qual sente a necessidade de realizar uma avaliação constante dos motivos e das ações perante determinada situação (Papalia & Feldman, 2013).

A hospitalização constitui-se como um processo crítico e muito marcante para a criança e família, uma vez que despoleta sentimentos de *stress*, ansiedade e sofrimento para a mesma. Estes sentimentos são resultado de um afastamento do seu núcleo familiar e social; da inserção num ambiente totalmente desconhecido; da exposição a novas normas, regras e rotinas; da restrição da realização de atividades, jogos e brincadeiras e do afastamento do mundo infantil; e ainda, a sujeição a procedimentos técnicos, invasivos e, por vezes, dolorosos (Alves et al., 2022; Pontes et al., 2022). Assim, a ação do enfermeiro é norteadada numa lógica de facilitador do processo de hospitalização, através da promoção da atividade física e do movimento da criança, uma vez que possibilita a aproximação da mesma ao que era considerado o seu quotidiano e as suas rotinas, assim como uma exteriorização dos sentimentos de *stress* associados ao internamento.

Segundo Papalia e Feldman (2013), a grande maioria das crianças com idades inferiores a 6 anos, no qual se insere a criança em idade pré-escolar, não se encontra fisicamente preparada e desenvolvida para participar em desportos organizados, beneficiando de brincadeiras ativas, livres e não-estruturadas a semiestruturadas. Assim, Neto (2020) menciona na sua obra, o jogo de atividade física, que se relaciona com o gasto de energia através de diversas formas de atividade motora – movimentos respeitantes à postura, locomoção, manipulação e interação -, nos quais se incluem as “estereotipias rítmicas, o jogo de exercício e de luta e perseguição, que vai

umentando de complexidade ao longo da idade” (p. 39). As crianças em idade pré-escolar, relacionado com o jogo anteriormente descrito, encontram-se inseridas na segunda fase de mudança que se relaciona com o jogo do exercício. Esta fase é caracterizada por um grande aumento das competências físicas e motoras, nomeadamente através de movimentos vigorosos de corrida e saltos, assim como manipulações com um grande impacto a nível social e biológico, quer seja através de atividade solitárias, quer de grupo, com os pais ou amigos (Neto, 2020). Segundo este autor, o intuito principal desta fase é permitir a melhoria das capacidades e habilidades relacionadas com a resistência e força do organismo, assim como garantir e consolidar o desenvolvimento de uma cultura motora.

Assim, através da identificação e implementação de atividades de carácter físico na unidade de internamento de pediatria, o enfermeiro aplica os seus conhecimentos sobre o desenvolvimento e crescimento da criança, avalia o desenvolvimento da criança e trabalha com a criança e família no sentido de consciencializar a importância da adoção de comportamentos de saúde (Regulamento n.º 422/2018). Para além do anteriormente descrito, o enfermeiro assegura o postulado na Carta da Criança Hospitalizada, uma vez que as crianças “devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO EM SERVIÇO

2.1. População Alvo

A sessão destina-se aos enfermeiros do Serviço de [REDACTED] do Hospital [REDACTED].

2.2. Objetivos da Sessão

A sessão planeada apresenta os seguintes objetivos:

- a) Sensibilizar para a importância da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar, mesmo durante a hospitalização;
- b) Identificar os benefícios da atividade física para a saúde e desenvolvimento da criança;
- c) Conhecer o projeto a ser implementado no serviço de internamento.

2.3. Seleção de Conteúdos

Tendo em consideração a finalidade da sessão e os objetivos definidos para a mesma, os conteúdos a serem abordados são:

- a) Apresentação da problemática;
- b) Atividade física e os seus benefícios;
- c) Definição de criança em idade pré-escolar;
- d) Atividade física e a hospitalização;
- e) Apresentação do projeto a implementar e das atividades propostas.

2.4. Organização da Atividade

A sessão de formação em serviço será realizada no dia 9 de dezembro de 2022 às 17h, através da plataforma online Teams, de modo a permitir a presença e participação de um maior número de elementos.

Os recursos a serem utilizados nesta sessão serão:

- a) Recursos Humanos: uma estudante do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e os participantes da sessão;
- b) Recursos Materiais: computador com ligação à internet.

2.4.1. Plano da Atividade

| Fases / Tempo | Conteúdo Programático | Métodos | Recursos Didáticos |
|--------------------------------------|--|---|--|
| Introdução 5 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador; • Apresentação do sumário e objetivos da sessão. | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo. | Apresentação <i>PowerPoint</i> (ecrã compartilhado). |
| Desenvolvimento 20 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da problemática; • Atividade física e os seus benefícios; • Definição de criança em idade pré-escolar; • Atividade física e a hospitalização; • Apresentação do projeto a implementar e das atividades propostas. | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo. | Apresentação <i>PowerPoint</i> (ecrã compartilhado). |
| Conclusão 5 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Questões / <i>Feedback</i>. | <ul style="list-style-type: none"> • Interativo; • Interrogativo. | --- |

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO E CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Na sessão de formação em serviço estiveram presentes 11 enfermeiros, através da plataforma *Teams*, tendo sido apresentados todos os conteúdos programados e decorrido dentro do tempo anteriormente estipulado.

Após o término da apresentação dos conteúdos foi aberto um espaço para questões e *feedback* relativamente à apresentação e implementação do projeto. A equipa mostrou uma atitude positiva e de agrado perante a implementação do projeto, referindo que os benefícios para a saúde da criança eram evidentes, mas também na medida em que o mesmo também pode ser promotor do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança, entre enfermeiro-criança.

Foi questionado a pertinência e importância do registo da implementação do projeto, algo que anteriormente não havia sido referido, ficando acordado em equipa que o mesmo era essencial, uma vez que se constitui como uma intervenção autónoma de enfermagem com foco na promoção da saúde da criança em idade pré-escolar. Assim, foi decidido, por unanimidade, que se irá proceder ao registo através das “Notas Gerais” da plataforma de registos instituída no Centro Hospitalar – *SClínico* -, no qual deve constar o nome da atividade que foi implementada, a interação e prestação da criança durante a realização da mesma, bem como o *feedback*/reação da família.

A realização da presente sessão permitiu o desenvolvimento de competências a nível profissional, uma vez que possibilitou a aprendizagem em ambiente laboral baseada na evidência científica atualizada (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Permitiu, igualmente, a aquisição de conhecimentos e a identificação de oportunidades para a adoção de comportamentos que potenciem a saúde junto da criança em idade pré-escolar e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. L. N., Santos, L. C. A., Toledo, C., Coutinho, A. A., Baesso, M. M., Neves, K. C., Fassarella, B. P. A., Ribeiro, W. A., & Amaral, F. S. (2022). Brinquedoteca e atividades lúdicas: uma ferramenta de cuidados na hospitalização da criança. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28015>
- Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a percepção de familiares e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 2, 203-214. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1689/1467>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-2021-pdf.aspx>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde (2021). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças. A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MC_EESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Obesity and overweight*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.ª Ed.). AMGH
- Pontes, A. F., Barros, N. H. C., Rodrigues, N. A., Albuquerque, M. L., Cabral, M. G. O., Lucena, M. C. I., Júnior, L. G. S. D., Paixão, T. B. L., Araújo, S. L., & Andrade,

- A. R. L. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11(12), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood obesity surveillance initiative. COSI Portugal 2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7783/1/COSI_Portugal_2019_out2021.pdf
- Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jardena J. Puder, J. J., Jenni, O. G., & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (35), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>
- Zeng, N., Ayyub, M., Sun, H., Wen, X., Xiang, P., & Gao, Z. (2017). Effects of physical activity on motor skills and cognitive development in early childhood: a systematic review. *BioMed Research International*, 2017, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2017/2760716>

APÊNDICES

Apêndice I

Apresentação *PowerPoint* da sessão “Promoção da Atividade Física em Crianças em Idade Pré-Escolar Hospitalizadas: intervenção do enfermeiro”

Promoção da Atividade Física em Crianças em Idade Pré-escolar Hospitalizadas

Intervenção do Enfermeiro

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
- Hospital

Estudante Mariana Ferreira

Enf. Orientador: | Prof. Orientadora: Sónia Rodrigues

SUMÁRIO

01 Problemática

02 Atividade Física e os seus benefícios

03 Definição de Criança em idade pré-escolar

04 Atividade Física e a Hospitalização

05 Apresentação do Projeto a Implementar

OBJETIVOS

- Sensibilizar para a importância da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar, mesmo durante a hospitalização;
- Identificar os benefícios da atividade física para a saúde e desenvolvimento da criança;
- Conhecer o projeto a ser implementado no serviço de internamento.

01 Problemática



29,7% das crianças apresentavam excesso de peso e 11,9% obesidade.

47,5% das crianças utilizavam o computador durante cerca de 1h/dia durante a semana; ao fim de semana aumentavam a utilização do computador para jogos eletrónicos para 2h a 3h/dia.

Cerca de 55% das crianças com obesidade tornam-se adolescentes obesos; e cerca de 80% destes adolescentes serão adultos obesos.

Embora os dados COSI Portugal 2019 sejam referentes à avaliação de crianças do 1º ciclo, torna-se importante para a problemática em estudo uma vez que o estado de desenvolvimento anterior é a idade pré-escolar.

(Rito et al., 2021)

02 Atividade Física e os seus Benefícios



ATIVIDADE FÍSICA

- Qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos que se traduz num gasto de energia acima do nível de repouso e que promove interações tanto sociais, como com o ambiente.
- Todos os movimentos realizados pela criança, inclusive durante momentos de lazer e atividades de vida diária.



Qualquer quantidade de atividade física é melhor que nenhuma!

(DGS, 2021; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde, 2021; OMS, 2020)

BENEFÍCIOS



Melhoria da aptidão física



Melhoria da saúde mental



Melhoria da qualidade do sono



Promoção da integração social



Redução do excesso de peso, risco de obesidade e sedentarismo



Melhoria do desempenho escolar, atenção e memória

(Cardoso et al., 2019; DGS, 2022; OMS, 2020)

03

Criança em Idade Pré-Escolar



CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR
criança com idade compreendida entre os 3 e os 5 anos

Desenvolvimento Motor

Maior desenvolvimento das habilidades motoras, principalmente ao nível da motricidade grossa.

Desenvolvimento Cognitivo

Estádio pré-operatório:

- Grande expansão no uso do pensamento simbólico;
- Egocentrismo – centra-se num aspeto específico, descurando restantes

Desenvolvimento Psicossocial

Iniciativa versus Culpa
Dualidade da sua personalidade:

- permanece criança: necessidade de explorar e experimentar coisas novas;
- sobressai a parte que se está a tornar adulta: necessidade de realizar uma avaliação constante das ações perante determinada situação.

Período que permite a criação ou a adaptação de hábitos de vida saudáveis.

(OMS, 2019; Papalia & Feldman, 2013)

04 Atividade Física e a Hospitalização



Hospitalização

Processo crítico e marcante para a criança, que traz sentimentos de **stress, ansiedade e sofrimento**, uma vez que é:

- Afastada do núcleo familiar e social, sendo inserida num ambiente desconhecido;
- Exposta a novas rotinas, normas e regras;
- Restringida de realizar atividades e afastada do mundo infantil;
- Sujeita a procedimentos técnicos e dolorosos.

Enfermeiro como **facilitador** do processo de hospitalização

Promotor da **atividade física e do movimento** da criança, traduzindo-se numa melhoria da saúde da criança – física, psicológica e emocional

Assegurando o **postulado** na Carta da Criança Hospitalizada:

“Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança”

(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11)

05

Apresentação do Projeto a Implementar



CRITÉRIOS

Projeto será aplicado cerca de 72 horas após o internamento da criança em idade pré-escolar, se o estado geral e situação clínica o permitir.

Identificação e preparação de 4 atividades de curta duração e de caráter individual ou de grupo.

Realização de 1 atividade por dia, sendo o projeto aplicado, pelo menos, 2 vezes por semana à criança.

As atividades serão repetidas quinzenalmente ou se mais adequadas à criança comparativamente com as restantes.

ATIVIDADES

1. "Tração do Lençol"

- Atividade de grupo – promove a cooperação e a comunicação com os pares;
- Promove o desenvolvimento da força e do puxar.



2. "Acertar na boca"

- Atividade individual;
- Promove a concentração;
- Promove o desenvolvimento do atirar com ambas as mãos, da pontaria, do agarrar e da modelagem de papel.



ATIVIDADES

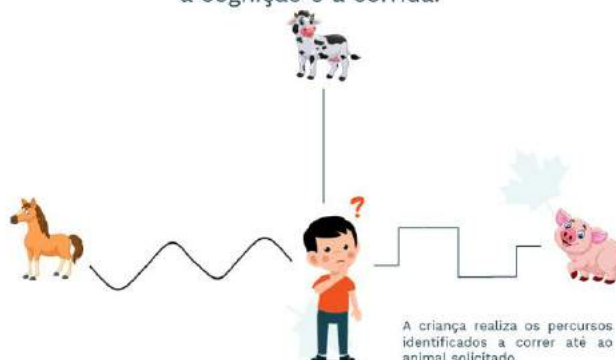
3. "Macaca adaptada"

- Atividade individual;
- Promove o desenvolvimento do equilíbrio num pé, do saltar e da compreensão de imagens.



4. "À procura dos animais"

- Atividade individual;
- Promove a concentração, a cognição e a corrida.



A criança realiza os percursos identificados a correr até ao animal solicitado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. L. N., Santos, L. C. A., Toledo, C., Coutinho, A. A., Baesso, M. M., Neves, K. C., Fassarella, B. P. A., Ribeiro, W. A., & Amaral, F. S. (2022). Brinquedoteca e atividades lúdicas: uma ferramenta de cuidados na hospitalização da criança. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28015>
- Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a perceção de familiares e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 2, 203-214
- DGS. (2021). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-2021-pdf.aspx>
- DGS. (2022). *Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro*. DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/criancas-saudaveis-e-em-seguranca-dgs-lanca-novo-manual1.aspx>
- OMS. (2020). *Physical activity*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Pontes, A. F., Barros, N. H. C., Rodrigues, N. A., Albuquerque, M. L., Cabral, M. G. O., Lucena, M. C. I., Júnior, L. G. S. D., Paixão, T. B. L., Araújo, S. L., & Andrade, A. R. L. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11(12), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>
- Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood obesity surveillance initiative. COSI Portugal 2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7783/1/COSI_Portugal_2019_out2021.pdf

OBRIGADA!

Apêndice VI.
Projeto “Promoção da atividade física em crianças em idade pré-escolar hospitalizadas”



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

**Projeto “Promoção da Atividade Física em Crianças
em Idade Pré-escolar Hospitalizadas”**

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339

**Lisboa
dezembro 2022**



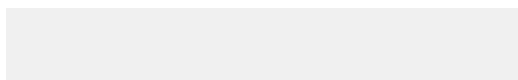
**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Estágio com Relatório**

**Projeto “Promoção da Atividade Física em Crianças
em Idade Pré-escolar Hospitalizadas”**

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



Prof^a. Orientadora: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues



**Lisboa
dezembro 2022**

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| NOTA INTRODUTÓRIA | 4 |
| 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 5 |
| 2. PROJETO “PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR HOSPITALIZADAS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO” | 9 |
| 2.1. Critérios | 9 |
| 2.2. Atividades a desenvolver | 10 |
| 2.2.1. Tração do lençol | 10 |
| 2.2.2. Acertar na boca | 11 |
| 2.2.3. Macaca adaptada | 12 |
| 2.2.4. À procura dos animais | 12 |
| 2.3. Registo da Atividade | 13 |
| 3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES INDIVIDUALIZADO | 14 |
| 4. AVALIAÇÃO DO PROJETO | 16 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 17 |

APÊNDICES

Apêndice I. Atividade “Tração do lençol”

Apêndice II. Atividade “Acertar na boca”

Apêndice III. Atividade “Macaca adaptada”

Apêndice IV. Atividade “à procura dos animais”

Apêndice V. Questionário de Avaliação do Projeto para os Enfermeiros

Apêndice VI. Questionário de Avaliação do Projeto para os Pais

ANEXOS

Anexo I. Estatística do Movimento Assistencial – janeiro a setembro de 2022
(retirado da Plataforma SONHO)

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente projeto surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto de Internamento de Pediatria, nomeadamente no Serviço [REDACTED] Hospital [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED].

Este surge concomitantemente com a realização de uma sessão de sensibilização para a equipa de enfermagem, com o objetivo de implementar atividades de caráter físico direcionadas à criança em idade pré-escolar hospitalizada. Este projeto encontra-se englobado nas atividades do projeto de estágio desenvolvido, nomeado “A intervenção do enfermeiro na promoção da atividade física da criança em idade pré-escolar”.

Tendo em consideração que a hospitalização é um processo muitas vezes traumatizante e *stressante* para a criança e família, torna-se imprescindível que o enfermeiro atue como facilitador do mesmo. A prática de atividade física durante a hospitalização, para além dos benefícios evidentes que apresenta para a saúde da criança, também se constitui como um elo entre o seu quotidiano e, agora, o hospital. Através da mesma, é possível para a criança realizar atividades que lhe relembram o conforto e alegria do recreio ou de casa, assim como atividades que possam ser passíveis de exteriorizar o *stress* e a angústia decorrente do internamento. A idade pré-escolar, para além de ser aquela em que existe um grande desenvolvimento das habilidades e competências motoras, também é aquela cujos hábitos de vida saudáveis podem ser implementados ou adaptados, tornando-se possível atuar como promotor da saúde junto da criança e família.

Deste modo, o presente projeto tem como principal objetivo promover a atividade física e o movimento da criança em idade pré-escolar através da implementação de 4 atividades, de caráter individual ou de grupo, durante o internamento hospitalar.

Assim, o mesmo encontra-se dividido em 4 etapas: primeiramente, a fundamentação teórica da temática abordada; de seguida, a explicação do projeto, no qual constam os critérios, a identificação e explicação das atividades, e o modo de registo das mesmas; seguidamente, o cronograma de atividades individualizado à criança, com 4 hipóteses de implementação; e, por fim, o modo de avaliação do projeto.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prática de atividade física regular é considerada um determinante essencial de saúde, estando claramente evidenciado o seu impacto positivo na prevenção e tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis, algumas consideradas como causa de morte em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021).

A obesidade infantil é reconhecida como uma das doenças mais comuns da atualidade, que poderá ter um impacto prejudicial na saúde da criança (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Segundo os dados COSI Portugal 2019, 29.6% e 11.9% das crianças estudadas, com idades compreendidas entre os 6 aos 8 anos, apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente, e mesmo que estes valores sejam inferiores ao estudo anterior, requerem atenção por parte do enfermeiro, uma vez que 55% das crianças obesas se tornam adolescentes obesos e 80% desses adolescentes se tornam adultos obesos (Rito et al., 2021). Segundo os mesmos autores, cerca de metade das crianças estudadas, durante a semana, utilizavam o computador durante 1 hora/dia, aumentando o tempo para 2 a 3 horas/dia durante o fim de semana, sendo a sua principal utilização para jogos eletrónicos. Embora os dados COSI Portugal 2019 (Rito et al., 2021) sejam referentes à avaliação de crianças do 1º ciclo de escolaridade, ou seja, em idade escolar, tornam-se essenciais para a compreensão da minha problemática, visto que o estágio de desenvolvimento anterior é a idade pré-escolar, foco de atenção do projeto, constatando-se que a adoção de hábitos sedentários já é uma realidade em idades anteriores às referidas neste estudo.

A prática de atividade física é essencial para o saudável desenvolvimento do ser humano, independentemente do seu estágio de desenvolvimento. Esta é definida como qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos que se traduz num gasto de energia acima do nível de repouso e que promove interações tanto sociais, como com o ambiente (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde, 2021; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). A atividade física é referente a todos os movimentos realizados pela pessoa, inclusive durante momentos de lazer, atividades de vida diária e deslocações para o trabalho ou escola (OMS, 2020). Segundo a DGS (2021), qualquer quantidade de atividade física é melhor que nenhuma, sendo que o tempo de prática de atividade física superior ao recomendado apresenta benefícios

adicionais para a saúde. Segundo a OMS (2020), a prática de atividade física traduz-se numa melhoria da aptidão física – a nível cardiorrespiratório e muscular -, da saúde cardiometabólica – tensão arterial, dislipidemia, níveis de glicose e resistência à insulina -, da saúde óssea, dos resultados cognitivos – melhoria do desempenho académico e função executiva -, da saúde mental – redução dos sintomas de depressão – e da redução da adiposidade. Cardoso e colaboradores (2019), acrescentam que a atividade física aumenta a autoestima, reduz o excesso de peso e obesidade, assim como o sedentarismo, favorece o crescimento normal e constitui-se como facilitadora da integração social. Zeng e colaboradores (2017) referem que, para a criança, a atividade física apresenta benefícios ao nível do desenvolvimento cognitivo, como a atenção e a memória, potencia uma melhoria do comportamento em sala de aula e reforça o impacto positivo no desempenho académico. A prática de atividade física, principalmente na primeira infância, traduz-se positivamente no desenvolvimento das habilidades e competências motoras, relacionadas com a motricidade fina e grossa (Schmutz et al., 2018).

A primeira infância – referente a idades inferiores aos 5 anos – não só se constitui como um período em que o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo da criança se realiza de um modo exponencial, como também é aquele que permite a criação de hábitos e a adaptação ou alteração de rotinas de estilos de vida saudáveis (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019). Deste modo, constata-se que esta é a altura ideal do desenvolvimento da criança para se promoverem hábitos de vida saudáveis, uma vez que os comportamentos de estilo de vida implementados e desenvolvidos nos primeiros anos de vida da criança influenciam positivamente a saúde da mesma no futuro, nomeadamente no que respeita à prática de atividade física (OMS, 2019).

Deste modo, e de forma a ser possível atuar na criança em idade pré-escolar, constitui-se como imprescindível conhecer e compreender o desenvolvimento da mesma. No que respeita ao desenvolvimento motor, esta é a etapa em que existe um maior desenvolvimento das habilidades motoras, principalmente ao nível da motricidade grossa (Papalia & Feldman, 2013). No entanto, Papalia e Feldman (2013) referem que o desenvolvimento da aptidão motora está dependente não só de características genéticas, mas também das oportunidades de aprendizagem e de prática de atividade física, reforçando que existe continuamente um aumento da complexidade das competências através da aquisição de novas. Segundo Piaget, a

criança em idade pré-escolar encontra-se no estágio pré-operatório do desenvolvimento cognitivo, pelo que apresenta uma grande expansão no uso do pensamento simbólico – aumento da noção de espaço, causalidade, categorização, identidades e número –, assim como tendência para se centrar somente num aspeto de uma situação específica, descurando as restantes, sendo o egocentrismo uma característica bastante presente nesta etapa (Papalia & Feldman, 2013). Já no que se refere ao desenvolvimento psicossocial, postulado por Erikson na sua teoria, os mesmos autores referem que a criança em idade pré-escolar se encontra no terceiro estágio de desenvolvimento – iniciativa versus culpa -, uma vez que apresenta a necessidade de lidar com sentimentos conflituosos sobre si, apresentando uma dualidade da sua personalidade: ora permanece criança, com uma necessidade de explorar e experimentar coisas novas, ora sobressai a parte que se está a tornar adulta, na qual sente a necessidade de realizar uma avaliação constante dos motivos e das ações perante determinada situação (Papalia & Feldman, 2013).

A hospitalização constitui-se como um processo crítico e muito marcante para a criança e família, uma vez que despoleta sentimentos de *stress*, ansiedade e sofrimento para a mesma. Estes sentimentos são resultado de um afastamento do seu núcleo familiar e social; da inserção num ambiente totalmente desconhecido; da exposição a novas normas, regras e rotinas; da restrição da realização de atividades, jogos e brincadeiras e do afastamento do mundo infantil; e ainda, a sujeição a procedimentos técnicos, invasivos e, por vezes, dolorosos (Alves et al., 2022; Pontes et al., 2022). Assim, a ação do enfermeiro é norteadada numa lógica de facilitador do processo de hospitalização, através da promoção da atividade física e do movimento da criança, uma vez que possibilita a aproximação da mesma ao que era considerado o seu quotidiano e as suas rotinas, assim como uma exteriorização dos sentimentos de *stress* associados ao internamento.

Segundo Papalia e Feldman (2013), a grande maioria das crianças com idades inferiores a 6 anos, no qual se insere a criança em idade pré-escolar, não se encontra fisicamente preparada e desenvolvida para participar em desportos organizados, beneficiando de brincadeiras ativas, livres e não-estruturadas a semiestruturadas. Assim, Neto (2020) menciona na sua obra, o jogo de atividade física, que se relaciona com o gasto de energia através de diversas formas de atividade motora – movimentos respeitantes à postura, locomoção, manipulação e interação -, nos quais se incluem as “estereotipias rítmicas, o jogo de exercício e de luta e perseguição, que vai

umentando de complexidade ao longo da idade” (p. 39). As crianças em idade pré-escolar, relacionado com o jogo anteriormente descrito, encontram-se inseridas na segunda fase de mudança que se relaciona com o jogo do exercício. Esta fase é caracterizada por um grande aumento das competências físicas e motoras, nomeadamente através de movimentos vigorosos de corrida e saltos, assim como manipulações com um grande impacto a nível social e biológico, quer seja através de atividade solitárias, quer de grupo, com os pais ou amigos (Neto, 2020). Segundo este autor, o intuito principal desta fase é permitir a melhoria das capacidades e habilidades relacionadas com a resistência e força do organismo, assim como garantir e consolidar o desenvolvimento de uma cultura motora.

Assim, através da identificação e implementação de atividades de carácter físico na unidade de internamento de pediatria, o enfermeiro aplica os seus conhecimentos sobre o desenvolvimento e crescimento da criança, avalia o desenvolvimento da criança e trabalha com a criança e família no sentido de consciencializar a importante para a adoção de comportamentos de saúde (Regulamento n.º 422/2018). Para além do anteriormente descrito, o enfermeiro assegura o postulado na Carta da Criança Hospitalizada, uma vez que as crianças “devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

2. PROJETO “PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR HOSPITALIZADAS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO”

O projeto foi desenvolvido com o objetivo de promover a atividade física e o movimento das crianças em idade pré-escolar hospitalizadas, mas também promover o desenvolvimento da mesma, uma vez que este é exponencial neste estágio de desenvolvimento, consciencializando os pais para a sua importância.

O projeto será implementado no Serviço [REDACTED] do Hospital [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED]. Para tal, foram identificadas e preparadas 4 atividades de curta duração, de caráter individual e de grupo, seguindo a ideologia do postulado por Neto (2020) na sua obra, uma vez que se constituem como atividades caracterizadas por um grande vigor de movimentos, relacionados com a locomoção, postura, manipulação e interação.

2.1. Critérios

Para a implementação do presente projeto foram definidos os seguintes critérios:

- O projeto será implementado a crianças em idade pré-escolar – 3 aos 5 anos – ou a crianças que apresente um atraso de desenvolvimento, de modo a se encontrarem ainda nesta etapa;
- Este é implementado pelos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados à criança e família desta etapa de desenvolvimento, durante o turno da manhã ou da tarde;
- O projeto será aplicado cerca de 72 horas após o internamento da criança em idade pré-escolar – ao 4º dia de internamento -, uma vez que de acordo com a demora média de internamento no serviço – 6,39 dias (Anexo I) - equivale à passagem da fase aguda de doença, ou sempre que a situação clínica da criança assim o permitir;
- Deverá ser realizada uma atividade por dia, podendo ser repetida várias vezes se o enfermeiro, criança e família o desejarem ou tiverem disponibilidade temporal;

- O projeto deverá ser aplicado pelo menos 2 vezes por semana à criança e família;
- A realização e escolha das atividades a desenvolver são responsabilidade do enfermeiro, devendo as mesmas serem aplicadas de uma forma individualizada e de acordo com as necessidades da criança em idade pré-escolar;
- Se o internamento da criança for mais longo – mais do que a semana expectável – as atividades podem ser repetidas quinzenalmente.

2.2. Atividades a desenvolver

De forma a dar resposta às necessidades da criança em idade pré-escolar, foram desenvolvidas 4 atividades de curta duração, de fácil preparação e que promovem o movimento, divertimento e exteriorização do *stress* causado pela hospitalização da criança em idade pré-escolar. Estas foram denominadas de: “Tração do lençol”, “Acertar na boca”, “Macaca adaptada” e “À procura dos animais”.

Os materiais necessários para a implementação das diferentes atividades encontram-se identificados por atividade, com as respetivas instruções, numa caixa na sala das máquinas – local onde se encontram os materiais para as atividades manuais.

2.2.1. Tração do lençol

Atividade de carácter de grupo, pelo que se torna necessária a participação de pelo menos 2 crianças em idade pré-escolar (Apêndice I).

Objetivo da Atividade: Puxar o lençol até o adversário passar a marca indicativa do meio.

Material Necessário:

- 1 lençol do serviço;
- 1 fita vermelha;
- Desenho no chão do serviço.

Regras da Atividade:

1. Esticar o lençol e prender a fita vermelha para identificar o meio do mesmo;

2. Colocar o meio do lençol numa das marcas existentes no serviço referentes às outras atividades, por exemplo o X de início da atividade “À procura dos animais”;
3. Entregar cada ponta do lençol a uma criança;
4. Contar até 3 e fazer um som indicativo do início, começando as crianças a puxar a corda após o mesmo;
5. Ganha a criança que fizer a outra passar a marca estabelecida como centro;
6. Realizar a atividade pelo menos 3 vezes.

Objetivos da Atividade para o Desenvolvimento da Criança:

- Desenvolve a cooperação e a comunicação com os pares;
- Desenvolve a competitividade;
- Desenvolve a força e a técnica do puxar.

2.2.2. Acertar na boca

Atividade de caráter individual (Apêndice II).

Objetivo da Atividade: Acertar com o maior número de papéis dentro do balde.

Material Necessário:

- Balde;
- Imagem plastificada de uma criança com a boca aberta;
- 15 papéis de rascunho;
- Níveis de dificuldade desenhados no chão do serviço.

Regras da Atividade:

1. Colocar o balde em cima do círculo lilás presente no chão do serviço;
2. Prender o desenho plastificado de uma criança com a boca aberta ao balde;
3. Entregar os 15 papéis à criança e pedir para a mesma realizar bolas com os papéis;
4. Posicionar a criança em cima de um dos X desenhados no chão
[Existem 3 níveis de dificuldade que podem ser, por exemplo: Amarelo (mais perto): 3 anos; Verde (meio): 4 anos; Rosa (mais longe): 5 anos]
5. Pedir para acertar com o maior número de papéis dentro do balde;

6. Aqueles que falharam o balde, a criança vai a correr buscá-los e volta a tentar acertar;
7. O jogo termina quando a criança conseguir acertar com todos os papéis dentro do balde.

Objetivos da Atividade para o Desenvolvimento da Criança:

- Promove a concentração;
- Desenvolve a habilidade de atirar objetos com ambas as mãos;
- Promove a pontaria;
- Desenvolve a motricidade ao nível do agarrar e moldar objetos.

2.2.3. Macaca adaptada

Atividade de carácter individual (Apêndice III).

Objetivo da Atividade: Realizar o percurso corretamente, colocando os pés nos locais desenhados passando através de saltos.

Material Necessário:

- Percurso desenhado no chão do serviço.

Regras da Atividade:

1. Colocar a criança no início do percurso (2 pés amarelo);
2. Explicar que tem de colocar os pés nos mesmos sítios que tem os pés desenhados e que tem de saltar sempre para o seguinte;
3. Repete o percurso as vezes que desejar.

Objetivos da Atividade para o Desenvolvimento da Criança:

- Promove a concentração e compreensão de imagens;
- Desenvolve a técnica de salta com os dois pés e com um pé (quer o direito quer o esquerdo);
- Desenvolve o equilíbrio num pé.

2.2.4. À procura dos animais

Atividade de carácter individual (Apêndice IV).

Objetivo da Atividade: Apanhar os 3 animais o mais depressa possível seguindo os percursos.

Material Necessário:

- Percurso desenhado no chão do serviço;
- Imagens plastificadas dos animais – vaca, porco e cavalo.

Regras da Atividade:

1. Colocar os 3 animais plastificados no final dos 3 percursos desenhados no chão;
2. Posicionar a criança na partida – X amarelo;
3. Pedir um dos animais à criança, tendo a mesma que realizar o percurso desenhado no chão o mais depressa que conseguir, preferencialmente a correr;
4. A criança regressa ao início com o animal na mão através do mesmo percurso;
5. O jogo termina quando a criança tiver ido buscar os 3 animais.

Objetivos da Atividade para o Desenvolvimento da Criança:

- Promove a concentração;
- Promove a identificação e compreensão de imagens;
- Desenvolve a técnica de corrida.

2.3. Registo da Atividade

Após a realização da atividade com a criança em idade pré-escolar e família, o enfermeiro deve realizar o registo através da plataforma de registo do serviço – *SClínico* -, uma vez que a mesma se constitui como uma intervenção autónoma dos cuidados de enfermagem.

Assim, deve ser realizada uma nota, através da opção “Nota Geral”, onde deve constar:

1. Nome da atividade realizada;
2. Recetividade e desempenho da criança na atividade;
3. Recetividade e *feedback* do responsável pela criança perante a atividade.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES INDIVIDUALIZADO

Os cronogramas de atividades que serão apresentados abaixo, têm como principal objetivo demonstrar a adaptação rápida do projeto às necessidades e ao estágio de desenvolvimento da criança em idade pré-escolar.

Estes são apresentados numa lógica semanal, uma vez que o tempo de demora média equivale sensivelmente a esse tempo, podendo ser repetidos nas semanas seguintes.

| Dia de Doença \ Atividade | 1 (Internamento Hospitalar) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 (Alta Hospitalar) |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|
| “Macaca Adaptada” | | | | | | | |
| “Acertar na Boca” | | | | | | | |
| “Á procura dos animais” | | | | | | | |
| “Tração com lençol” | | | | Pode realizar a atividade em qualquer dia se existirem 2 crianças em idade pré-escolar internadas, mesmo que em Dia de Doença diferentes. | | | |

Quadro 1. Hipótese 1: realização de atividades com dias intercalados durante uma semana

| Dia de Doença \ Atividade | 1 (Internamento Hospitalar) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 (Alta Hospitalar) |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|
| “Macaca Adaptada” | | | | | | | |
| “Acertar na Boca” | | | | | | | |
| “Á procura dos animais” | | | | | | | |
| “Tração com lençol” | | | | Pode realizar a atividade em qualquer dia se existirem 2 crianças em idade pré-escolar internadas, mesmo que em Dia de Doença diferentes. | | | |

Quadro 2. Hipótese 2: realização de atividades em todos os dias de internamento

| Dia de Doença \ Atividade | 1 (Internamento Hospitalar) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 (Alta Hospitalar) |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|
| “Macaca Adaptada” | | | | | | | |
| “Acertar na Boca” | | | | | | | |
| “À procura dos animais” | | | | | | | |
| “Tração com lençol” | | | | | | | |

Quadro 3. Hipótese 3: realização das mesmas atividades durante o internamento por serem as mais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança

| Dia de Doença \ Atividade | 1 (Internamento Hospitalar) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 (Alta Hospitalar) |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|
| “Macaca Adaptada” | | | | | | | |
| “Acertar na Boca” | | | | | | | |
| “À procura dos animais” | | | | | | | |
| “Tração com lençol” | | | | | | | |

Quadro 4. Hipótese 4: realização de uma única atividade por não se encontrar hemodinamicamente estável anteriormente

4. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação do projeto será realizada em duas etapas: avaliação direcionada aos enfermeiros e avaliação direcionada ao grau de satisfação da família.

Relativamente aos enfermeiros, ou seja, a quem aplica o projeto durante a sua prestação de cuidados, torna-se importante realizar uma avaliação trimestral, de modo a compreender a opinião e perspectivas dos mesmos perante as atividades propostas, permitindo uma otimização constante do mesmo. Através desta avaliação é possível operacionalizar e identificar necessidades formativas na equipa e/ou alterações ou melhorias a realizar ao projeto, possibilitando ganhos em saúde em meio hospitalar. Deste modo, foi desenvolvido um questionário a ser entregue aos enfermeiros (Apêndice V), para os mesmos procederem ao seu preenchimento.

Relativamente à família, a aplicação de um questionário de avaliação da importância do projeto para os pais/cuidador principal permite uma adaptação e otimização do mesmo perante a perspectiva dos mesmos, possibilitando uma melhoria constante dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, traduzindo-se em ganhos em saúde para o cliente. Assim, deve ser entregue um questionário aos pais de crianças em idade pré-escolar submetidas ao projeto no momento da alta hospitalar (Apêndice VI), sendo realizada auditoria anualmente dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

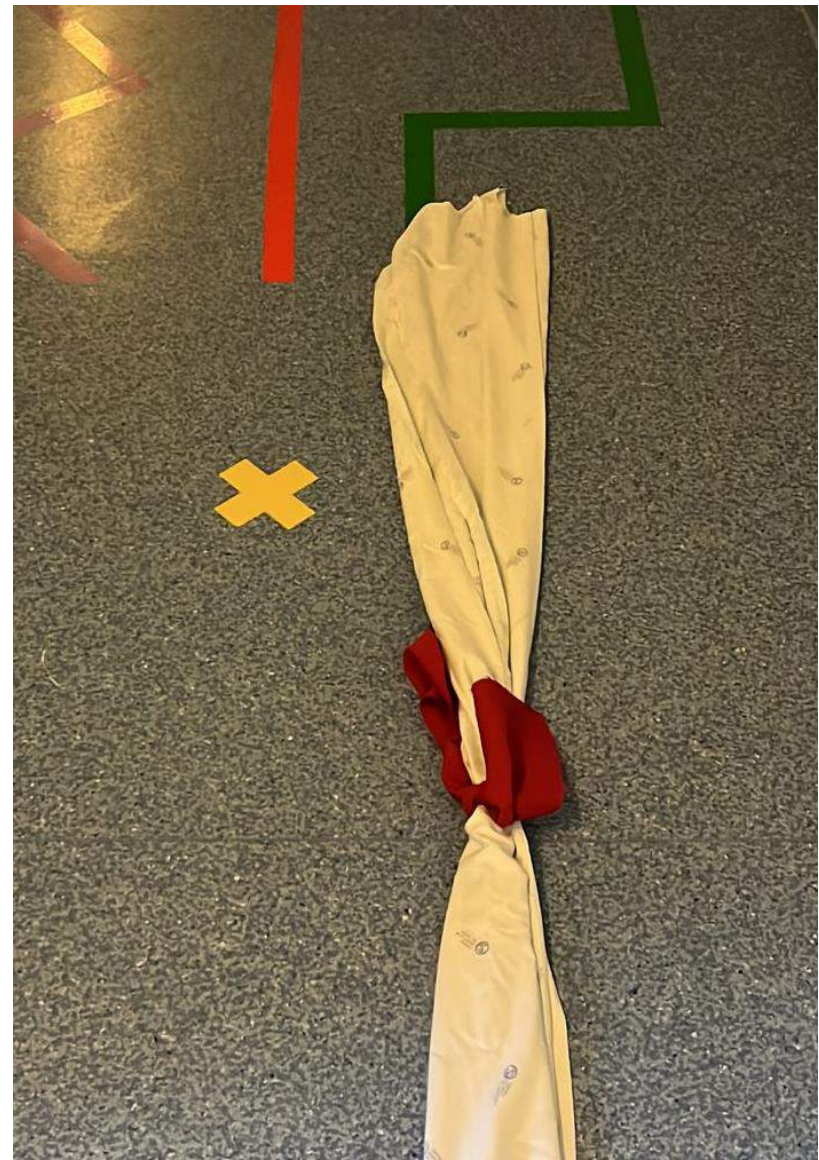
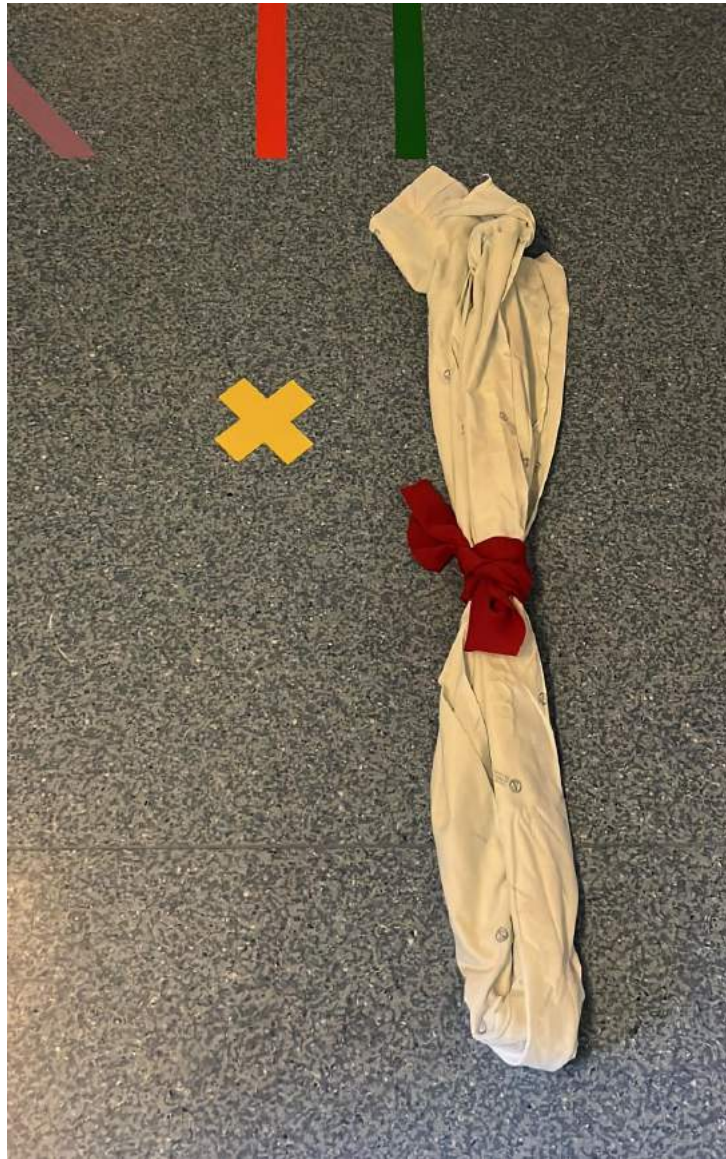
- Alves, A. L. N., Santos, L. C. A., Toledo, C., Coutinho, A. A., Baesso, M. M., Neves, K. C., Fassarella, B. P. A., Ribeiro, W. A., & Amaral, F. S. (2022). Brinquedoteca e atividades lúdicas: uma ferramenta de cuidados na hospitalização da criança. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28015>
- Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a perceção de familiares e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 2, 203-214. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1689/1467>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-2021-pdf.aspx>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde (2021). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças. A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MC_EESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Physical activity*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Obesity and overweight*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.ª Ed.). AMGH

- Pontes, A. F., Barros, N. H. C., Rodrigues, N. A., Albuquerque, M. L., Cabral, M. G. O., Lucena, M. C. I., Júnior, L. G. S. D., Paixão, T. B. L., Araújo, S. L., & Andrade, A. R. L. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11(12), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood obesity surveillance initiative. COSI Portugal 2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7783/1/COSI_Portugal_2019_out2021.pdf
- Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jardena J. Puder, J. J., Jenni, O. G., & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (35), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>
- Zeng, N., Ayyub, M., Sun, H., Wen, X., Xiang, P., & Gao, Z. (2017). Effects of physical activity on motor skills and cognitive development in early childhood: a systematic review. *BioMed Research International*, 2017, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2017/2760716>

APÊNDICES

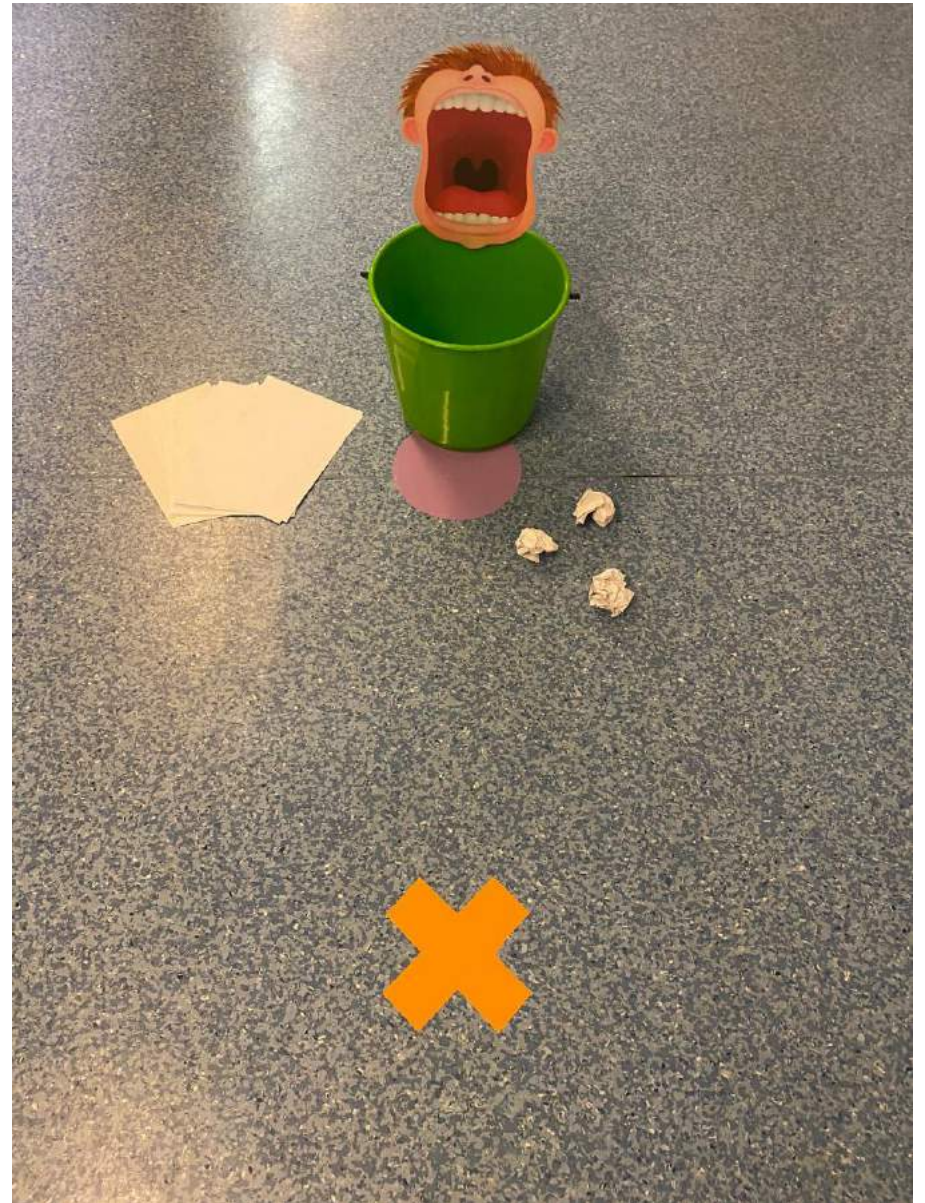
Apêndice I

Atividade “Tração do lençol”



Apêndice II

Atividade “Acertar na boca”



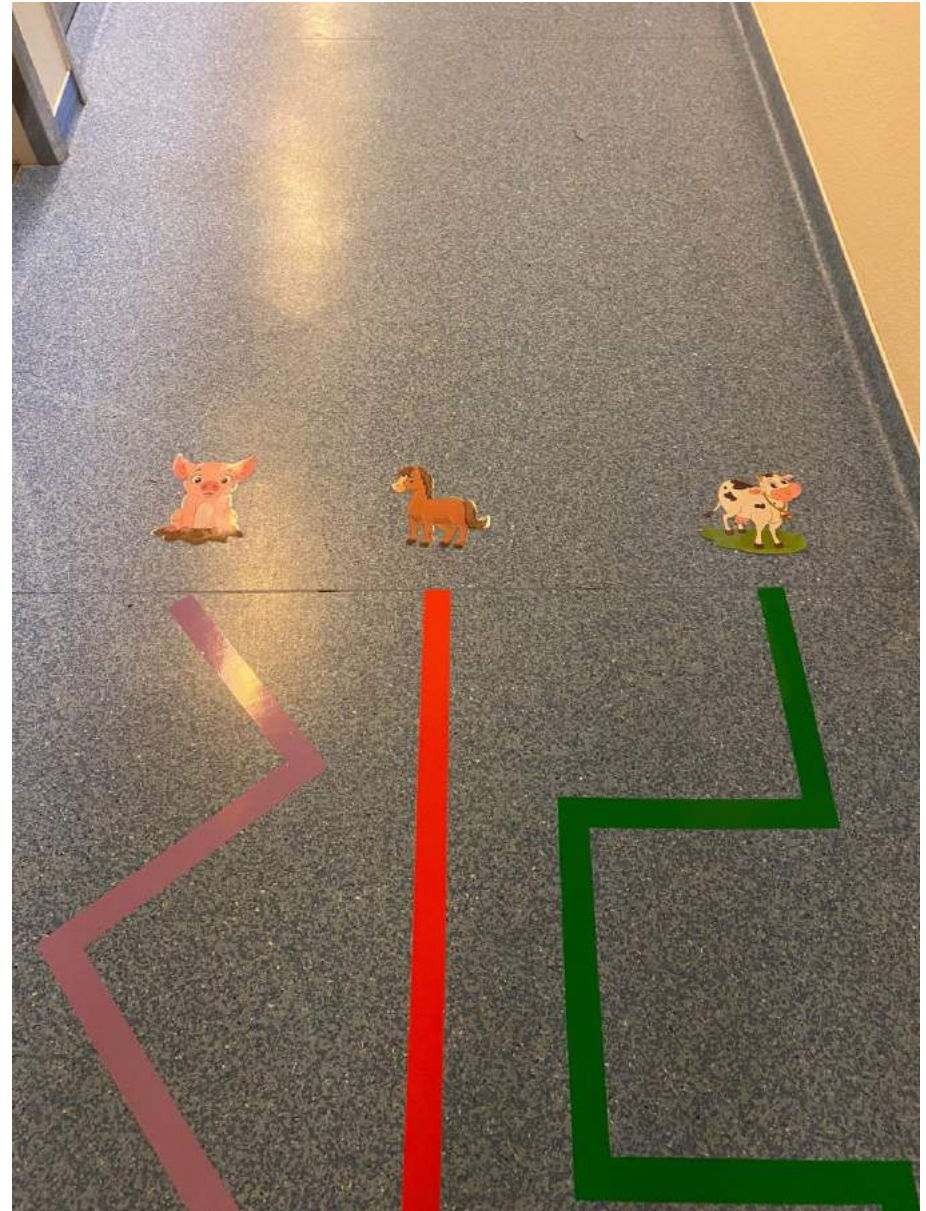
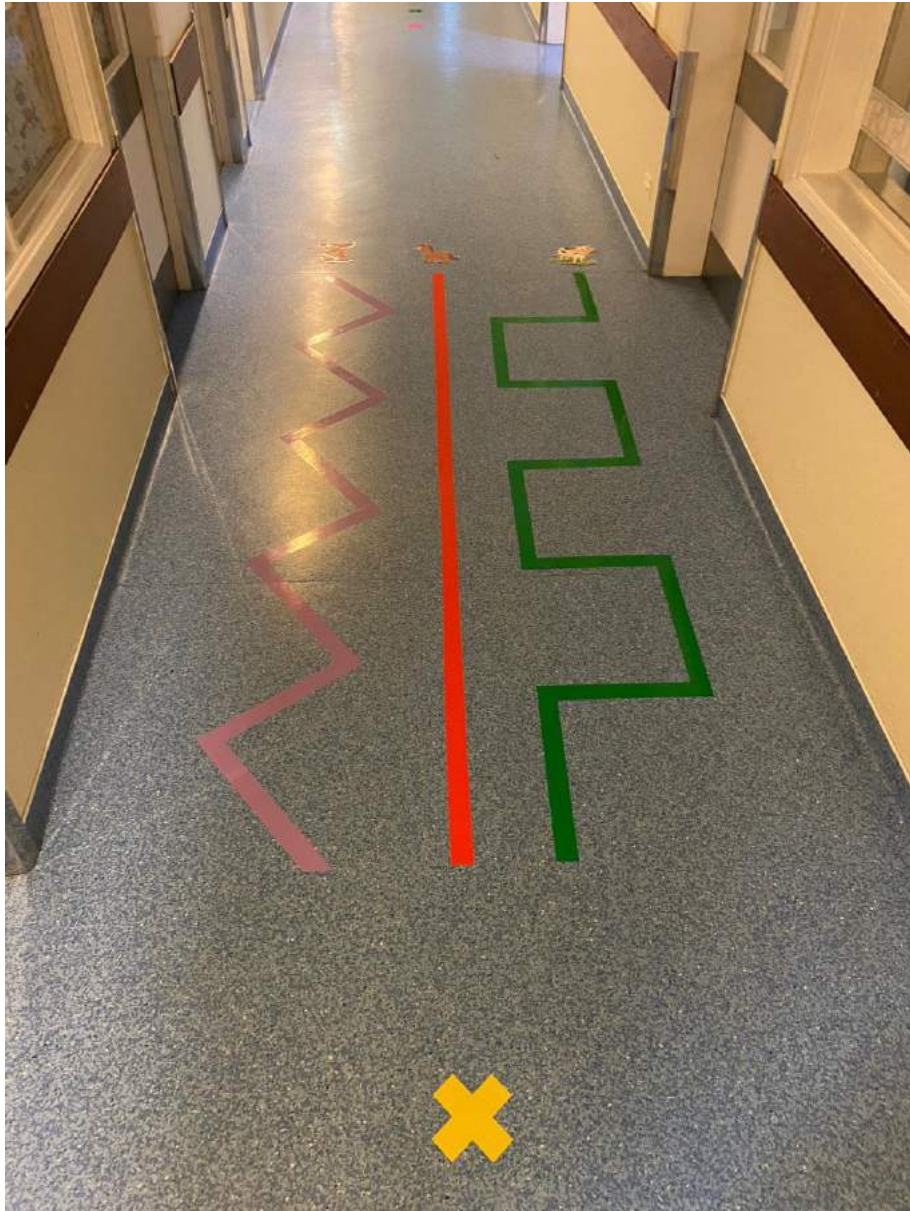
Apêndice III

Atividade “Macaca adaptada”



Apêndice IV

Atividade “À procura dos animais”



Apêndice V

Questionário de Avaliação do Projeto para os Enfermeiros

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO - ENFERMEIROS

“PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ- ESCOLAR HOSPITALIZADAS”

DATA: ___ / ___ / _____

QUE DIFICULDADES SENTIU NA APLICAÇÃO DO PROJETO (por exemplo: necessidades formativas, falta de tempo para o aplicar, não o consideras importante, ...)?

SENTIU QUE O PROJETO FOI FACILITADOR PARA O INTERNAMENTO DA CRIANÇA?
SE SIM, PORQUÊ?

CONSIDERA QUE SE DEVE CONTINUAR A APLICAR O PROJETO NO SERVIÇO?

SIM NÃO

CONSIDERA QUE SE DEVEM ACRESCENTAR ATIVIDADES AO PROJETO?

SIM NÃO

SUGESTÕES DE ATIVIDADES E/OU DE MELHORIA DO PROJETO:

A sua opinião é realmente importante.

Obrigada pela colaboração!

Apêndice VI

Questionário de Avaliação do Projeto para os Pais

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO - PAIS

“PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR HOSPITALIZADAS”

O presente questionário tem como principal objetivo avaliar a importância da realização de atividade física em meio hospitalar, não só como promotor do movimento do seu filho, mas também como facilitadores do processo de hospitalização. O preenchimento do presente questionário é realizado de forma anónima.

Data do preenchimento: ___ / ___ / ____ Idade do seu filho: ____ anos Nº dias internado: ____ dias

QUAIS AS ATIVIDADES REALIZADAS PELO SEU FILHO NO INTERNAMENTO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tração do lençol | <input type="checkbox"/> Acertar na boca |
| <input type="checkbox"/> Macaca adaptada | <input type="checkbox"/> À procura dos animais |

Avalie o grau de importância de acordo com a seguinte escala: **1** – Sem importância; **2** – Pouco Importante; **3** – Razoavelmente importante; **4** - Importante; **5** – Muito Importante.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Considera importante a realização de atividade física em meio hospitalar? | | | | | |
| Considera que as atividades físicas desenvolvidas foram importantes para promover o movimento do seu filho? | | | | | |
| Considera que as atividades físicas desenvolvidas foram importantes para facilitar o processo de hospitalização do seu filho? | | | | | |
| Considera que as atividades físicas foram importantes para o estabelecimento de uma relação de maior confiança entre o seu filho e o enfermeiro? | | | | | |

QUAL O BENEFÍCIO PRINCIPAL QUE CONSIDERA QUE ESTAS ATIVIDADES PROPORCIONARAM AO SEU FILHO? Selecione uma opção.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aumento da autoestima | <input type="checkbox"/> Divertimento | <input type="checkbox"/> Menos tempo no ecrã |
| <input type="checkbox"/> Melhoria na interação | <input type="checkbox"/> Alívio do <i>stress</i> | <input type="checkbox"/> Nenhum |

SUGESTÕES DE MELHORIA:

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANEXOS

Anexo I

Estatística do Movimento Assistencial – janeiro a setembro de 2022
(retirado da Plataforma SONHO)

ESTATÍSTICA DO MOVIMENTO ASSISTENCIAL

INTERNAMENTO

Dados importados do SONHO a 26 de outubro

PERÍODO: Janeiro a Setembro 2022

| Serviços | Lotação Média | Existências Iniciais | D. Admitidos | | | | D. Saídos | | | | Existências Finais | Doentes Tratados | Dias Int. Doentes Saídos | Dias Int. Doentes Tratados | Demora Média de Doentes Saídos | Taxa de Ocupação | Taxa de Mortalidade | | |
|-----------------------------|---------------|----------------------|--------------|------------|----------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------------|--------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------|--------------|-------------|
| | | | Urgência | Consulta | Transferências | | Total | Altas | Falecidos | Transferências | | | | | | | | Total | |
| | | | | | Internas | Externas | | | | Internas | | | | | | | | | Externas |
| | 48 | 43 | 2.187 | 555 | 3.858 | 2.401 | 5.181 | 2.625 | 1 | 6.873 | 3 | 5.182 | 43 | 5.225 | 14.567 | 14.344 | 2.81 | 109.46 | 0.02 |
| | 14 | 10 | 309 | 405 | 381 | | 1.095 | 264 | | 830 | | 1.094 | 11 | 1.105 | 3.415 | 3.356 | 3.32 | 87.81 | |
| | | 10 | 1.813 | 114 | 908 | 2.362 | 5.216 | 46 | 1 | 5.174 | | 5.220 | 7 | 5.227 | 5.902 | 5.321 | 1.05 | | 0.02 |
| | 37 | 14 | 2 | 1 | 2.138 | 1 | 2.302 | 2.165 | | 29 | | 2.194 | 22 | 2.216 | 4.843 | 4.859 | 2.21 | 65.92 | |
| | | | 16 | 2 | 164 | | 182 | 2 | | 176 | 2 | 180 | 2 | 182 | 261 | 272 | 1.45 | | |
| | 3 | 2 | 46 | 13 | 77 | 38 | 174 | 21 | | 154 | 1 | 176 | | 176 | 259 | 257 | 1.47 | 31.38 | |
| | 4 | 7 | 1 | | 130 | | 131 | 127 | | 10 | | 137 | 1 | 138 | 287 | 279 | 2.09 | 75.55 | |
| Área de Pediatria | 159 | 99 | 2.073 | 646 | 1.785 | 190 | 3.405 | 2.912 | 29 | 1.511 | 200 | 3.383 | 121 | 3.504 | 83.115 | 33.218 | 9.79 | 81.12 | 0.86 |
| Cirurgia Pediátrica | 15 | 9 | 303 | 243 | 224 | 8 | 739 | 537 | | 223 | 15 | 736 | 12 | 748 | 2.763 | 2.873 | 3.75 | 78.16 | |
| | 11 | 7 | 274 | 233 | 186 | 7 | 682 | 483 | | 199 | 15 | 679 | 10 | 689 | 2.097 | 2.194 | 3.09 | 73.06 | |
| | 8 | 7 | 154 | 143 | 97 | 3 | 435 | 317 | | 106 | 13 | 435 | 8 | 443 | 1.788 | 1.863 | 4.06 | 85.30 | |
| | 4 | | 80 | 90 | 89 | 4 | 262 | 166 | | 93 | 2 | 260 | 2 | 262 | 329 | 331 | 1.37 | 30.31 | |
| | 4 | 2 | 29 | 10 | 38 | 1 | 76 | 54 | | 24 | | 76 | 2 | 78 | 666 | 679 | 8.76 | 62.18 | |
| Ortopedia Pediátrica | 13 | 6 | 442 | 252 | 169 | 4 | 864 | 555 | | 286 | 21 | 859 | 11 | 870 | 2.841 | 2.936 | 3.31 | 82.73 | |
| Pediatria Médica | 106 | 71 | 1.233 | 150 | 1.343 | 177 | 2.260 | 1.741 | 29 | 1.001 | 121 | 2.249 | 82 | 2.331 | 23.240 | 23.274 | 10.33 | 80.43 | 1.29 |
| | 12 | 7 | 283 | 7 | 111 | 58 | 442 | 315 | | 120 | 20 | 438 | 11 | 449 | 2.467 | 2.542 | 5.63 | 77.59 | |
| | 6 | 3 | 105 | 7 | 64 | 24 | 200 | 138 | | 48 | 7 | 193 | 10 | 203 | 1.332 | 1.424 | 6.90 | 86.94 | |
| | 6 | 4 | 178 | 1 | 47 | 34 | 259 | 177 | | 72 | 13 | 262 | 1 | 263 | 1.135 | 1.118 | 4.33 | 68.25 | |
| | 32 | 28 | | 5 | 606 | 20 | 431 | 285 | 12 | 299 | 40 | 436 | 23 | 459 | 6.594 | 6.671 | 15.12 | 76.36 | 2.75 |
| | 21 | 18 | | 4 | 396 | 4 | 404 | 283 | 1 | 88 | 36 | 407 | 15 | 422 | 4.326 | 4.361 | 10.63 | 76.07 | 0.30 |
| | 11 | 10 | | 1 | 210 | 16 | 227 | 2 | 12 | 211 | 4 | 222 | 8 | 237 | 2.268 | 2.310 | 9.90 | 78.92 | 5.24 |
| | 45 | 24 | 899 | 137 | 881 | 30 | 1.284 | 1.111 | 3 | 291 | 28 | 1.370 | 38 | 1.408 | 10.356 | 10.521 | 7.56 | 85.64 | 0.22 |
| | 12 | 6 | 282 | 46 | 86 | 9 | 423 | 347 | 1 | 62 | 8 | 418 | 11 | 429 | 2.671 | 2.757 | 6.39 | 85.38 | 0.24 |
| | 12 | 8 | 259 | 37 | 72 | 13 | 381 | 306 | 1 | 65 | 8 | 379 | 10 | 389 | 2.749 | 2.854 | 7.25 | 87.12 | 0.39 |
| | 11 | 6 | 284 | 38 | 135 | 1 | 458 | 333 | 2 | 112 | 7 | 454 | 10 | 464 | 2.862 | 2.767 | 6.30 | 92.14 | 0.44 |
| | 7 | 4 | 46 | 16 | 37 | 6 | 105 | 76 | | 22 | 4 | 102 | 7 | 109 | 1.745 | 1.774 | 17.11 | 92.83 | |
| | 1 | 5 | 59 | 8 | 1 | 1 | 1 | 24 | | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1.00 | 65.87 | |
| | 2 | 2 | 28 | | 50 | 1 | 79 | 49 | | 29 | 1 | 79 | 2 | 79 | 328 | 328 | 4.15 | 60.07 | |
| | 10 | 8 | 10 | 1 | 41 | 34 | 85 | 28 | 6 | 33 | 21 | 88 | 5 | 93 | 2.479 | 2.294 | 28.17 | 84.03 | 6.82 |
| | 7 | 4 | 41 | 1 | 204 | 85 | 267 | 2 | 8 | 258 | 12 | 266 | 5 | 271 | 1.344 | 1.246 | 3.05 | 65.20 | 3.01 |
| | 7 | 4 | 33 | 1 | 194 | 20 | 256 | 2 | 7 | 237 | 9 | 255 | 5 | 260 | 1.239 | 1.141 | 4.88 | 59.71 | 2.75 |
| | 1 | 1 | 8 | 1 | 10 | 6 | 25 | | 1 | 21 | 3 | 25 | 1 | 25 | 105 | 105 | 4.20 | 38.46 | 4.00 |
| | 16 | 13 | 95 | 1 | 29 | 1 | 126 | 79 | | 1 | 43 | 123 | 18 | 139 | 4.271 | 4.135 | 34.72 | 94.87 | |
| | 46 | 32 | 327 | 804 | 191 | 24 | 1.335 | 1.067 | 7 | 179 | 74 | 1.316 | 51 | 1.367 | 9.157 | 9.317 | 6.96 | 74.19 | 0.53 |
| | 14 | 9 | 264 | 58 | 57 | 5 | 384 | 227 | 3 | 88 | 89 | 387 | 6 | 393 | 3.302 | 3.158 | 8.53 | 82.63 | 0.78 |
| | 32 | 23 | 63 | 643 | 134 | 19 | 858 | 738 | 4 | 91 | 5 | 837 | 44 | 881 | 5.753 | 5.927 | 6.87 | 67.85 | 0.48 |
| | 32 | 23 | 63 | 643 | 134 | 19 | 858 | 738 | 4 | 91 | 5 | 837 | 44 | 881 | 5.753 | 5.927 | 6.87 | 67.85 | 0.48 |
| | 1 | | 103 | | | | 103 | 102 | | | | 102 | 1 | 103 | 102 | 232 | 1.00 | | |
| | 4 | 4 | 51 | 11 | 42 | 1 | 105 | 67 | 7 | 31 | 1 | 106 | 3 | 109 | 866 | 918 | 8.17 | 84.07 | 6.80 |
| | 4 | 4 | 51 | 11 | 42 | 1 | 105 | 67 | 7 | 31 | 1 | 106 | 3 | 109 | 866 | 918 | 8.17 | 84.07 | 6.80 |
| | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 | 6 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 90 | 113 | 30.00 | 92.62 | 9.09 |
| | 4 | 4 | 51 | 11 | 42 | 1 | 105 | 67 | 7 | 31 | 1 | 106 | 3 | 109 | 866 | 918 | 8.17 | 84.07 | 6.60 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 | 10 | 169 | 106 | 44 | 10 | 329 | 273 | 12 | 33 | 8 | 326 | 13 | 339 | 3.419 | 3.400 | 10.49 | 88.96 | 3.68 |
| | 2 | 6 | 15 | 13 | 6 | 2 | 36 | 32 | 1 | 6 | 1 | 6 | 6 | 6 | 37 | 240 | 6.17 | 48.98 | 1.37 |
| | 14 | 10 | 169 | 106 | 44 | 10 | 329 | 273 | 12 | 33 | 8 | 326 | 13 | 339 | 3.419 | 3.400 | 10.49 | 88.96 | 3.68 |
| | 4 | 2 | 11 | 166 | 36 | 4 | 217 | 194 | 1 | 25 | 1 | 220 | 5 | 220 | 614 | 606 | 2.79 | 55.49 | 0.45 |
| | 4 | 2 | 11 | 166 | 36 | 4 | 217 | 194 | 1 | 25 | 1 | 220 | 5 | 220 | 614 | 606 | 2.79 | 55.49 | 0.45 |
| | 23 | 23 | 706 | 13 | 61 | 5 | 785 | 672 | 13 | 66 | 36 | 787 | 22 | 809 | 5.842 | 5.746 | 7.42 | 93.51 | 1.65 |
| | 1 | 11 | 7 | | 13 | | 7 | 7 | 1 | 11 | | 18 | 11 | 18 | 112 | 23 | 6.22 | 93.71 | 1.18 |

Apêndice VII.
**Jornal de aprendizagem: “O desenho infantil como instrumento para a
expressão de emoções”**



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

Jornal de Aprendizagem

“O desenho infantil como instrumento para a expressão
de emoções”

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



**Lisboa
janeiro 2023**



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

Jornal de Aprendizagem

“O desenho infantil como instrumento para a expressão
de emoções”

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339

Prof^a. Orientadora: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Lisboa

janeiro 2023

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| NOTA INTRODUTÓRIA..... | 4 |
| 1. O DESENHO INFANTIL COMO INSTRUMENTO PARA A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES..... | 5 |
| 1.1. Descrição..... | 5 |
| 1.2. Sentimentos..... | 7 |
| 1.3. Avaliação | 8 |
| 1.4. Análise..... | 10 |
| 1.5. Conclusão e Planeamento da Ação..... | 12 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 13 |

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente jornal de aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto de Consulta de Desenvolvimento. Este resulta da reflexão sobre uma situação vivenciada [REDACTED] Consulta de Desenvolvimento, do Hospital [REDACTED], aquando da participação conjunta numa consulta – equipa médica e de enfermagem – a uma criança de 5 anos e a sua mãe.

Assim, através da elaboração do presente documento sobre a temática “o desenho infantil como instrumento para a expressão de emoções”, pretendo refletir criticamente sobre a prática de cuidados, à luz do conhecimento científico disponível e mais atualizado, reconhecendo competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Deste modo, o presente trabalho encontra-se dividido em 3 partes: primeiramente a nota introdutória, onde se encontra identificada a temática a ser abordada e o objetivo do presente jornal de aprendizagem; de seguida, o corpo do trabalho, que se encontra estruturado segundo o Ciclo Reflexivo de *Gibbs* (Gibbs, 1988) – descrição; sentimentos; avaliação; análise; e conclusão e planear a ação; e finalmente as referências bibliográficas, elaboradas segundo as normas de referência APA 7.ª edição.

1. O DESENHO INFANTIL COMO INSTRUMENTO PARA A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES

A presente reflexão é referente a uma situação vivenciada durante a Consulta de Desenvolvimento, realizada no dia 4 de janeiro de 2023, ao L. e à sua mãe.

Considero que se torna essencial para a compreensão da situação a disponibilidade de algumas informações previamente. O L. é uma criança de 5 anos que foi referenciado para a Consulta de Desenvolvimento por apresentar quadro de irritabilidade e impulsividade, quer a nível escolar quer no domicílio, bem como déficit de atenção e perturbação da linguagem. Sem antecedentes pessoais de maior relevância. Filho de mãe alemã e pai santomense, fala duas línguas: alemão, com a mãe; português, com o pai. Antecedentes familiares de história de violência doméstica – mãe vítima do pai -, que o L. presenciava. Devido a isso, o L., a mãe e a irmã de 13 anos, separaram-se do pai há cerca de 1 ano e tiveram necessidade de permanecer durante um período numa casa de acolhimento de transição. Posto isto, o L. era acompanhado pela Pedopsiquiatria, no entanto, por a mãe ter observado uma melhoria no comportamento do L., assim como por ter dificuldades em termos de horário para a permanência das consultas, optou por terminar o acompanhamento nesta especialidade. Atualmente, o L. vai a casa do pai ao fim de semana, quinzenalmente, e a mãe refere que o seu comportamento é flutuante no regresso a casa – ora vem bem-disposto e feliz, ora mais triste.

1.1. Descrição

O L. e a mãe entraram no gabinete e sentaram-se à secretária com a médica. As enfermeiras encontravam-se sensivelmente ao lado, a escutar as informações disponibilizadas pela mãe, assim como a observar a linguagem verbal e não-verbal do L.. Inicialmente o L. encontrava-se sentado e não respondia às perguntas que lhe eram dirigidas, com uma postura fechada e envergonhada. Rapidamente referiu que queria pintar e então foi-lhe entregue uma folha de papel branca e uns marcadores, tendo iniciado um desenho.

Durante a anamnese realizada pela médica à mãe – principalmente relacionada com a situação de violência doméstica -, o L. mostrava que ia ficando mais incomodado através da linguagem não-verbal – alterava constantemente a forma

como se sentava na cadeira, olhava para a mãe e voltava a baixar a cabeça -, até que se levantou da cadeira e foi abraçar a mãe dizendo-lhe algo ao ouvido em forma de segredo. De seguida, voltou a sentar-se na cadeira, continuando o seu desenho. Com a evolução da entrevista, o L. foi-se mostrando mais disponível para iniciar uma conversa, tendo respondido a algumas perguntas simples e exercícios – como a identificação das cores, noção de maior e mais pequeno, números, separação das sílabas de uma palavra -, verificando-se uma alteração no que respeita à linguagem.

De seguida, a médica direcionou a sua atenção para o desenho que era composto por um céu azul; duas nuvens pretas; um sol com vários raios amarelos (localizado mais à direita); uma casa vermelha; três árvores verdes; duas flores amarelas; e relva verde. Este ocupava principalmente o canto superior esquerdo da folha. Questionou o L. quanto à história por trás do desenho, tendo o menino respondido que não conseguia contá-la. Assim, a médica foi desconstruindo o mesmo, perguntando numa fase inicial quem vivia na casa que ele tinha desenhado, tendo o L. respondido “Um senhor... não! Um lobo” (sic). De seguida, a médica direcionou a atenção para as flores, questionando “E o lobo gosta destas bonitas flores?” (sic), tendo o L. respondido “Não, vai estragá-las” (sic). E a médica disse “Mas ele vai comê-las? Os lobos gostam de flores?” (sic), ao que o L. respondeu “Não, mas vai pisá-las” (sic). De seguida a médica perguntou se ele sabia como é que se podiam proteger aquelas flores do lobo, tendo o L. abanado a cabeça negativamente. Seguidamente, a médica chamou-o para ir ter com ela, questionando se ele conhecia o livro “O Príncipezinho”, e mostrou imagens da rosa protegida da história, utilizando o computador. Enquanto o abraçava, a médica acrescentou “Achas que consegues proteger aquelas flores do lobo assim como está nesta imagem? És amigo destas flores?” (sic). O L. respondeu prontamente “Eu não faço parte da história, mas era amigo delas se fizesse. Só que não estou, por isso eu não as consigo proteger, mesmo que gostasse” (sic), enquanto se encaminhava novamente para a cadeira. Após este comentário do L., a médica e as enfermeiras entreolharam-se imediatamente, tornando-se evidente para todas o quanto esta criança contou através da desconstrução do seu próprio desenho.

Após a discussão sobre o desenho, foi questionada a mãe se ela falava sobre as situações de violência que sofreu com o L. ao que a mesma referiu “Não, só falo se ele me perguntar, mas nunca o faz. Ele não quer falar sobre o assunto” (sic). As

profissionais de saúde voltaram a entreolhar-se, mostrando que a mãe não tinha uma ampla consciência da situação.

No final da consulta, a médica transmitiu à mãe exercícios que a mesma poderia fazer em casa para promover o desenvolvimento da linguagem do L., referenciando-o também para a Terapia da Fala. Após a explicação destes exercícios, a mãe referiu que para ela era difícil fazê-lo em português, mas que poderia pedir ao pai para trabalhar com o L. nesse sentido, demonstrando considerar uma ótima opção através do grande sorriso e abertura dos braços que evidenciou. A médica voltou a questionar sobre a relação entre o L. e o pai, se era realmente segura para o menino, e a mãe mostrou-se mais reticente. Assim, a médica referiu que a separação silábica, lengalengas e rimas também poderiam ser realizadas em alemão, uma vez que a base, se bem consolidada, seria a mesma em alemão ou português. Voltou-se a frisar a importância do L. ser novamente acompanhado por Pedopsiquiatria, “ele ainda não superou tudo isto, está quase, mas ainda precisa de ajuda” (sic médica), ao que a mãe atendeu.

Após a saída do L. e da mãe do gabinete, a médica e as enfermeiras discutiram e refletiram sobre a consulta, sendo unânime a opinião de que através da história o menino referiu que ainda não se sentia seguro com o pai, que ainda tinha medo e que sentia que tinha falhado de alguma forma no que se referia à proteção, sentindo-se impotente. Concordaram, ainda, que a mãe não tinha uma total consciência desta situação, assim como que o L. ainda precisava e queria falar sobre este assunto.

1.2. Sentimentos

A situação acima descrita, em termos emocionais, é realmente intensa, na medida em que são mobilizados temas de especial relevância e importância que, na minha opinião, têm um impacto ainda maior quando são vividos, também, por crianças. Deste modo, torna-se essencial refletir não só sobre a situação, mas também sobre o impacto da mesma em nós, uma vez que “é preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós” (Phaneuf, 2005, p.22).

No início da consulta, quando a médica realizava a anamnese e abordava toda a situação familiar com a mãe do L., uma vez que esta teve um impacto importante no desenvolvimento da criança, senti não só pena, por tudo aquilo a que tinham sido

sujeitos, mas também uma enorme empatia por todo o sofrimento sentido, alterando a minha postura e expressão facial, não só de forma a demonstrar disponibilidade, como também a garantir que aquele espaço era seguro e livre de julgamentos. Com o decorrer da entrevista à mãe, e com o acrescento da informação de que o L. tinha vivenciado e observado vários momentos em que a mãe era sujeita a violência por parte do pai, aumentou o meu sentimento de revolta, por aquela mãe que procurava ajuda para o filho e por aquelas crianças que estiveram sujeitas a um ambiente potencialmente instável e incapaz de permitir um desenvolvimento harmonioso e seguro.

Quando a médica abordou o desenho, que numa fase inicial só as nuvens negras me tinham chamado à atenção, e o começou a desconstruir em conjunto com a criança, fiquei muito surpreendida pela forma como a médica o tinha feito, assim como pela grande necessidade que o L. sentia em abordar o assunto. O L. teve a capacidade de falar sobre os seus medos e sobre assuntos reais e atuais através da personificação, mas o mesmo só foi possível porque a médica teve a sensibilidade e o conhecimento necessários para o envolver em toda a história.

Por fim, quando a mãe referiu que o L. ia quinzenalmente a casa do pai e que nem sempre regressava feliz, assim como quando, mesmo após a exteriorização de todas as emoções através do desenho, a mãe sugeriu falar com o pai para o ajudar, senti-me frustrada e sem compreender como aquela mãe não entendia que o seu filho tinha acabado de pedir ajuda.

1.3. Avaliação

Através da avaliação é possível compreender quais as atitudes e decisões tomadas que podem ser alvo de melhoramento ou alteração e aquelas que decorreram positivamente.

Mesmo tendo sido uma sessão maioritariamente médica, embora com presença das enfermeiras, considero que a mesma, principalmente o momento da desconstrução do desenho, poderia ser realizada por outros profissionais de saúde com competência e conhecimento para tal, no qual enfermagem se encontra englobada.

Reconheço que existem aspetos que devem ser alvo de atenção e melhoramento para poderem ser aplicados em sessões semelhantes no futuro. Considero que quando se estava a realizar a anamnese com a mãe, principalmente

quando relacionada com a situação de violência doméstica, que se devia ter entendido que aquele assunto incomodava o L. quando o mesmo se levantou para segredar algo, abraçando a mãe. Aquele momento devia ter sido o suficiente para se alterar o assunto ou para, por exemplo, eu ir interagir com ele, alterando o seu foco de atenção para outro aspeto, como os cubos, as cores, uma história ou mesmo a partilha de um desenho. Seguindo a mesma lógica, considero que poderia ter existido uma maior interação por parte das enfermeiras, se o L. assim o permitisse, uma vez que o mesmo não foi considerado. Ainda assim, e uma vez que a criança se encontra em idade pré-escolar, esta nem sempre demonstra a disponibilidade para interagir com pessoas que não conhece ou com as quais ainda não estabeleceu uma relação de confiança, dando preferência à proximidade de um familiar, neste caso, a mãe.

Considero que o facto de ter sido uma consulta conjunta – enfermagem e medicina – só a torna mais rica em termos de conhecimentos e da avaliação do desenvolvimento da criança e dinâmica familiar, pelo que acredito que a presença de uma intervenção de enfermagem mais direcionada poderia ter sido benéfica.

No entanto, reconheço que esta consulta teve vários aspetos positivos que me permitiram estar desperta para a comunicação verbal e não verbal quer da criança, quer da família, assim como para a identificação de estratégias na abordagem de assuntos especialmente difíceis e sensíveis.

Assim, quando a mãe do L. através da linguagem não verbal demonstrou não se sentir confortável para abordar toda a situação familiar, considero que foi bastante positivo a alteração da postura de todos os profissionais de saúde presentes no gabinete, demonstrando que podia confiar neles, garantindo que se encontrava num ambiente seguro, sem julgamentos. Outro aspeto que identifico como de real importância foi o modo subtil como todo o desenho foi desconstruído, permitindo que a criança interagisse com todos os profissionais, contasse os seus medos e receios, falasse sobre o que sentia em relação à família, sem que ela tivesse a plena noção de que o estava a fazer. Admito que quando olhei a primeira vez para o desenho, assim como no início da abordagem ao mesmo, não tinha a perfeita consciência daquilo que o L. tentava transmitir, tendo demorado mais tempo do que o que desejaria. Reconheço que foi muito benéfico ter presenciado esta sessão também por esta razão, pela abordagem terapêutica adotada pela médica através da utilização de materiais lúdicos e tão presentes no quotidiano da criança.

Através deste momento de desconstrução, que foi o principal momento em que o L. interagiu e comunicou verbalmente, foi possível também realizar a avaliação da linguagem, identificar as necessidades da criança e transmitir estratégias à mãe que fossem potenciadoras do desenvolvimento.

Por fim, considero que o momento de discussão sobre a sessão foi bastante positivo e enriquecedor, uma vez que permitiu a partilha de opiniões, perspetivas e avaliações sobre o que havia sido trabalhado.

1.4. Análise

A criança em idade pré-escolar apresenta idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, onde se insere o L.. Esta fase, de acordo com a teoria do desenvolvimento postulada por Piaget, é caracterizada por uma grande expansão no uso do pensamento simbólico e a criança apresenta uma tendência para se centrar somente num aspeto de uma situação específica, descurando as restantes, sendo o egocentrismo uma característica (Papalia & Feldman, 2013). De acordo com a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, a criança experimenta sentimentos conflituosos – Iniciativa versus Culpa – entre as suas necessidades enquanto criança – brincar e explorar – e a necessidade de realizar uma avaliação constante das suas ações (Papalia & Feldman, 2013). No que respeita à linguagem, esta torna-se mais complexa e sofisticada neste estágio de desenvolvimento, tornando-se a principal forma de comunicação e interação social. Através desta, a criança em idade pré-escolar aprende modos de expressar sentimentos tanto de alegria como de raiva e frustração, sem necessidade de apresentar representações dos mesmos (Monroe, 2019). Segundo Monroe (2019), é expectável que crianças com 5 anos de idade criem frases maiores, constituídas por quatro ou cinco palavras, com uso de preposições, adjetivos e diferentes verbos. Monroe (2019) refere, ainda, que a idade pré-escolar é aquela onde as questões são mais frequentemente realizadas, repetindo as mesmas até receberem a resposta que desejam. Mais especificamente, crianças bilingues podem atingir os seus marcos no desenvolvimento da linguagem em ambas as línguas ao mesmo tempo, produzindo um número substancial de palavra semanticamente correspondentes em cada uma das línguas desde as primeiras palavras (Monroe, 2019).

Segundo Claus e colaboradores (2021) através do brincar, a relação profissional-criança é favorecida de uma forma mais plena, incentivando a

comunicação, uma vez que brincar é considerada a linguagem infantil, uma das formas como a criança também se expressa, para além da linguagem verbal como anteriormente descrito. Esta relação, enfermeiro-cliente (criança e/ou família) encontra-se rodeada de emoções, tornando-se primordial para a partilha e expressão emocional por ambas as partes da relação (Diogo, 2017; Diogo, 2019).

O rabisco, considerado como a fase primordial do desenho e que evolui com o decorrer do tempo, possibilita a inserção da criança e dos seus sentimentos, sonhos e medos no mundo (Oliveira & Grubits, 2020). Deste modo, existem fatores que possibilitam e facilitam a interpretação dos desenhos realizados pela criança. Quando o desenho é realizado em silêncio demonstra que a criança está concentrada e, em contrapartida, quando está a desenhar e a cantarolar pode ser considerada uma estratégia para quebrar o silêncio (Bédard, 2005). O local onde o desenho foi realizado na folha também tem significância e, uma vez que o L. desenhou mais à esquerda da folha, pode indicar a existência de um acontecimento do passado com o qual estava ligado, encontrando-se traduzido nesse desenho se este acontecimento foi positivo ou negativo (Bédard, 2005). As cores podem revelar-se positiva ou negativamente dependendo da sua simbologia, assim como da quantidade de cor utilizada no desenho como um todo. O sol, muitas vezes representado nos desenhos infantis, transmite simbolicamente a independência da criança. No desenho do L. o sol encontrava-se à direita e era constituído por muitos raios. Quando é desenhado deste lado pode significar a perceção da criança relativamente ao pai e, quando desenhado intensamente, pode expressar alguma tendência para a violência física praticada pelo pai (Bérard, 2005).

Deste modo, e segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), este tem uma ação especialmente importante não só relacionada com a avaliação do desenvolvimento da criança, uma vez que “demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento” (p. 19194) e “avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem” (p. 19194), mas também no que respeita à expressão de emoções, à identificação de situações de risco para a criança e ao encaminhamento para outras especialidades, visto que “encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais” (p. 19193), “identifica situações de risco para a criança e jovem” (p. 19193), “identifica evidências fisiológicas

e emocionais de mal-estar psíquico” (p. 19193) e “Facilita a comunicação expressiva de emoções” (p. 19194).

1.5. Conclusão e Planeamento da Ação

Através da participação na consulta e posterior reflexão sobre a mesma, considero que existem aspetos que são importantes para aplicar em situações futuras. A avaliação do desenvolvimento da criança não se resume somente ao motivo pelo qual a mesma e família se dirigem ao serviço de saúde, tornando-se imprescindível ver a criança como um todo, com as suas características e necessidades específicas, e inserida num contexto familiar específico.

A abordagem à criança deve ser sempre realizada de um modo ponderado, tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento assim como a sua disponibilidade para a interação. No entanto, foi possível verificar que a utilização de materiais lúdicos, como as canetas e papéis, são uma forma facilitadora para iniciar a interação, possibilitando a aproximação profissional-criança. O desenho e a interpretação do mesmo podem ser utilizados como ferramentas imprescindíveis para a identificação de emoções que a criança não exprime verbalmente, pelo que considero essencial o conhecimento dos diferentes fatores facilitadores para a sua interpretação no momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bédard, N. (2005). *Como Interpretar os Desenhos das Crianças*. Edições Cetop
- Claus, M. I. S., Maia, E. B. S., Oliveira, A. I. B., Ramos, A. L., Dias, P. L. M., & Wernet, M. (2021). A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. *Escola Anna Nery*, 25 (3), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383>
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Revista Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 21, 20-30. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23716/1/Artigo%20%20Pages%20from%20PE21_1sem2017-2.pdf
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2.^a versão revista). <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods*. Oxford Brooks University
- Monroe, R. A. (2019). Health promotion of the preschooler and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers. *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11.^a ed, pp. 423-439). ELSEVIER
- Oliveira, E., & Grubits, S. (2020). Rabiscos e emoções: nova perspectiva sobre o desenvolvimento do desenho. *Avaliação Psicológica*, 19 (2), 213-221. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1902.12>
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.^a Ed.). AMGH
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.^a série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>

Apêndice VIII.
Planeamento da sessão: “Promoção da atividade física da criança pré-escolar
(3 – 5 anos)



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

Planeamento da Sessão:

“Promoção da Atividade Física da Criança
Pré-escolar (3 – 5 anos)”

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



**Lisboa
fevereiro 2023**

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

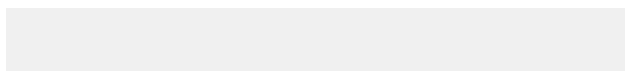
Planeamento da Sessão:

“Promoção da Atividade Física da Criança
Pré-escolar (3 – 5 anos)”

Mariana de Oliveira Ferreira, nº6339



Prof^a. Orientadora: Sónia Borges Rodrigues



**Lisboa
fevereiro 2023**

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| NOTA INTRODUTÓRIA | 4 |
| 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 5 |
| 2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO EM SERVIÇO. 10 | |
| 2.1. População Alvo..... | 10 |
| 2.2. Objetivos da Sessão..... | 10 |
| 2.3. Seleção de Conteúdos | 10 |
| 2.4. Organização da Atividade..... | 10 |
| 2.4.1. Plano da Atividade..... | 11 |
| 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO E CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS..... | 12 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 13 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I. Folheto de resumo da sessão – versão portuguesa | |
| Apêndice II. Folheto de resumo da sessão – versão inglesa | |
| Apêndice III. Instrumento de avaliação da sessão – versão portuguesa | |
| Apêndice IV. Instrumento de avaliação da sessão – versão inglesa | |
| Apêndice V. Apresentação <i>PowerPoint</i> da sessão | |

NOTA INTRODUTÓRIA

A presente sessão de educação para a saúde surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, uma vez que se torna essencial sensibilizar os pais para a importância da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar. Esta sessão encontra-se englobada nas atividades do projeto de estágio desenvolvido, nomeado “A intervenção do enfermeiro na promoção da atividade física da criança em idade pré-escolar”.

Os cuidados de saúde primários são a primeira linha de atuação no que concerne à prevenção primária, uma vez que através da prestação de cuidados antecipatórios nas consultas de vigilância de saúde infantil, o enfermeiro incentiva a implementação de hábitos de vida saudáveis, promovendo a saúde da criança. De acordo com a Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013), o questionamento das práticas desportivas, culturais e de tempos livres deve ser realizado aquando da consulta de enfermagem, mesmo na idade pré-escolar, evidenciando a importância da prática de atividade física neste estágio de desenvolvimento. A idade pré-escolar, para além de ser aquela em que existe um grande desenvolvimento das habilidades e competências motoras, também é aquela cujos hábitos de vida saudáveis podem ser implementados ou adaptados, tornando-se possível atuar como promotor da saúde junto da família, sendo esta considerada o primeiro agente educativo.

Assim, a presente sessão tem como finalidade a sensibilização dos pais para a importância da promoção da atividade física na criança em idade pré-escolar, bem como a capacitação dos mesmos através do aumento da literacia sobre a temática e da identificação de atividades de fácil acesso para realizarem no quotidiano.

O presente documento encontra-se dividido em 3 etapas: primeiramente a fundamentação teórica da temática abordada; de seguida o planeamento da sessão, onde consta a população alvo, os objetivos e conteúdos da sessão e a organização da mesma; e, por fim, a avaliação e os contributos da mesma para a aquisição de competências.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prática de atividade física regular é considerada um determinante essencial de saúde, estando claramente evidenciado o seu impacto positivo na prevenção e tratamento de doenças crónicas não-transmissíveis, algumas consideradas como causa de morte em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021).

A obesidade infantil é reconhecida como uma das doenças mais comuns da atualidade, que poderá ter um impacto prejudicial na saúde da criança (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Segundo os dados COSI Portugal 2019, 29.6% e 11.9% das crianças estudadas, com idades compreendidas entre os 6 aos 8 anos, apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente, e mesmo que estes valores sejam inferiores ao estudo anterior, requerem atenção por parte do enfermeiro, uma vez que 55% das crianças obesas se tornam adolescentes obesos e 80% desses adolescentes se tornam adultos obesos (Rito et al., 2021). Embora os dados COSI Portugal 2019 (Rito et al., 2021) sejam referentes à avaliação de crianças do 1º ciclo de escolaridade, ou seja, em idade escolar, tornam-se essenciais para a compreensão da minha problemática, visto que o estágio de desenvolvimento anterior é a idade pré-escolar, foco de atenção do projeto, constatando-se que a adoção de hábitos sedentários já é uma realidade em idades anteriores às referidas neste estudo.

A prática de atividade física é essencial para o saudável desenvolvimento do ser humano, independentemente do seu estágio de desenvolvimento. Esta é definida como qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos que se traduz num gasto de energia acima do nível de repouso e que promove interações tanto sociais, como com o ambiente (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde, 2021; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). A atividade física é referente a todos os movimentos realizados pela pessoa, inclusive durante momentos de lazer, atividades de vida diária e deslocações para o trabalho ou escola (OMS, 2020). Segundo a DGS (2021), qualquer quantidade de atividade física é melhor que nenhuma, sendo que o tempo de prática de atividade física superior ao recomendado apresenta benefícios adicionais para a saúde. Segundo a OMS (2020), a prática de atividade física traduz-se numa melhoria da aptidão física – a nível cardiorrespiratório e muscular -, da saúde cardiometabólica – tensão arterial, dislipidemia, níveis de glicose e resistência à insulina -, da saúde óssea, dos resultados cognitivos – melhoria do desempenho

académico e função executiva -, da saúde mental – redução dos sintomas de depressão – e da redução da adiposidade. Cardoso e colaboradores (2019), acrescentam que a atividade física aumenta a autoestima, reduz o excesso de peso e obesidade, assim como o sedentarismo, favorece o crescimento normal e constitui-se como facilitadora da integração social. Zeng e colaboradores (2017) referem que, para a criança, a atividade física apresenta benefícios ao nível do desenvolvimento cognitivo, como a atenção e a memória, potencia uma melhoria do comportamento em sala de aula e reforça o impacto positivo no desempenho académico. A prática de atividade física, principalmente na primeira infância, traduz-se positivamente no desenvolvimento das habilidades e competências motoras, relacionadas com a motricidade fina e grossa (Schmutz et al., 2018).

A primeira infância – referente a idades inferiores aos 5 anos – não só se constitui como um período em que o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo da criança se realiza de um modo exponencial, como também é aquele que permite a criação de hábitos e a adaptação ou alteração de rotinas de estilos de vida saudáveis (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019). Deste modo, constata-se que esta é a altura ideal do desenvolvimento da criança para se promoverem hábitos de vida saudáveis, uma vez que os comportamentos de estilo de vida implementados e desenvolvidos nos primeiros anos de vida da criança influenciam positivamente a saúde da mesma no futuro, nomeadamente no que respeita à prática de atividade física (OMS, 2019).

Deste modo, e de forma a ser possível atuar na criança em idade pré-escolar, constitui-se como imprescindível conhecer e compreender o desenvolvimento da mesma. No que respeita ao desenvolvimento motor, esta é a etapa em que existe um maior desenvolvimento das habilidades motoras, principalmente ao nível da motricidade grossa (Papalia & Feldman, 2013). No entanto, Papalia e Feldman (2013) referem que o desenvolvimento da aptidão motora está dependente não só de características genéticas, mas também das oportunidades de aprendizagem e de prática de atividade física, reforçando que existe continuamente um aumento da complexidade das competências através da aquisição de novas. Segundo Piaget, a criança em idade pré-escolar encontra-se no estágio pré-operatório do desenvolvimento cognitivo, pelo que apresenta uma grande expansão no uso do pensamento simbólico – aumento da noção de espaço, causalidade, categorização, identidades e número –, assim como tendência para se centrar somente num aspeto

de uma situação específica, descurando as restantes, sendo o egocentrismo uma característica bastante presente nesta etapa (Papalia & Feldman, 2013). Já no que se refere ao desenvolvimento psicossocial, postulado por Erikson na sua teoria, os mesmos autores referem que a criança em idade pré-escolar se encontra no terceiro estágio de desenvolvimento – iniciativa versus culpa -, uma vez que apresenta a necessidade de lidar com sentimentos conflituosos sobre si, apresentando uma dualidade da sua personalidade: ora permanece criança, com uma necessidade de explorar e experimentar coisas novas, ora sobressai a parte que se está a tornar adulta, na qual sente a necessidade de realizar uma avaliação constante dos motivos e das ações perante determinada situação (Papalia & Feldman, 2013).

Segundo Papalia e Feldman (2013), a grande maioria das crianças com idades inferiores a 6 anos, no qual se insere a criança em idade pré-escolar, não se encontra fisicamente preparada e desenvolvida para participar em desportos organizados, beneficiando de brincadeiras ativas, livres e não-estruturadas a semiestruturadas. Assim, Neto (2020) menciona na sua obra, o jogo de atividade física, que se relaciona com o gasto de energia através de diversas formas de atividade motora – movimentos respeitantes à postura, locomoção, manipulação e interação -, nos quais se incluem as “estereotipias rítmicas, o jogo de exercício e de luta e perseguição, que vai aumentando de complexidade ao longo da idade” (p. 39). As crianças em idade pré-escolar, relacionado com o jogo anteriormente descrito, encontram-se inseridas na segunda fase de mudança que se relaciona com o jogo do exercício. Esta fase é caracterizada por um grande aumento das competências físicas e motoras, nomeadamente através de movimentos vigorosos de corrida e saltos, assim como manipulações com um grande impacto a nível social e biológico, quer seja através de atividade solitárias, quer de grupo, com os pais ou amigos (Neto, 2020). Segundo este autor, o intuito principal desta fase é permitir a melhoria das capacidades e habilidades relacionadas com a resistência e força do organismo, assim como garantir e consolidar o desenvolvimento de uma cultura motora.

A Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022) corrobora o anteriormente descrito, referindo que no decorrer do dia poderão ser planeados vários momentos de atividade física para a criança em idade pré-escolar, que sejam promotores do desenvolvimento motor, nomeadamente através de jogos de saltos e bolas, ou seja, que promovam a locomoção. A Escola Nacional de Saúde Pública (2023, 4 fevereiro), sugere atividades promotoras da atividade física especificamente para a criança pré-escolar

que são de fácil acesso e a maioria sem custos adicionais para a família, nomeadamente: ir ao parque infantil, jardim ou praia; jogar à bola ou à apanhada; jogar aos jogos tradicionais; dançar; passear; criar um percurso de obstáculos dentro ou fora de casa; acertar com uma bola/papel num cesto; brincar com água; explorar o ambiente (flores, folhas, terra, ...); incentivar a participar nas tarefas domésticas; e inscrever a criança numa atividade física estruturada.

Embora o U. S. Department of Health and Human Services (2018) refira que não exista um tempo específico de atividade física necessária para a criança desta faixa etária que melhore a saúde óssea e evite a adiposidade, consideram que 3 horas diárias de atividade física nas diferentes intensidades – leve, moderada e vigorosa – se constituem como um alvo considerável. DGS (2022) acrescenta, ainda, que para além das recomendadas 3 horas diárias, pelo menos 60 minutos devem ser utilizados para realizar atividade física de intensidade moderada a vigorosa.

Assim, de modo a promover a atividade física neste estágio de desenvolvimento, o enfermeiro tem de desenvolver intervenções de enfermagem em parceria tanto com os serviços de saúde, como com a família, prestando cuidados segundo a filosofia dos cuidados centrados na família, através do *empowerment* parental.

O aumento das doenças crónicas não-transmissíveis, como supracitado, traduziu-se numa intervenção de enfermagem direcionada cada vez mais para uma lógica de prevenção primária, na medida em que esta é reconhecida por evitar o aparecimento de doenças. Esta primeira linha de prevenção verifica-se na prestação de cuidados de enfermagem, através da promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis ou aumento da imunização contra doenças, como a implementação de legislação que proteja a saúde individual e pública, incentivo à prática de atividade física e a imunização contra doenças (Organização Mundial da Saúde [OMS], s.d.). Assim, e tendo em consideração a criança em idade pré-escolar, o enfermeiro presta cuidados promotores da saúde da mesma, através da promoção da atividade física não-estruturada, como o brincar livre e jogo de atividade física, trabalhando em parceria com as unidades de saúde, a escola e a família.

Nas unidades de saúde, principalmente no que se refere aos cuidados de saúde primários, no qual será implementada a presente sessão, o enfermeiro presta cuidados antecipatórios nas consultas de vigilância de saúde infantil, sendo que se

encontra contemplado nos mesmos a necessidade de abordar as práticas desportivas, culturais e de tempos livres da criança em idade pré-escolar (DGS, 2013).

A família é central no que respeita à prestação de cuidados à criança pré-escolar, uma vez que esta também se constitui como alvo de cuidados de enfermagem, segundo a filosofia dos cuidados centrados na família. Esta é considerada como o primeiro agente educativo no que concerne à promoção de hábitos de saúde da criança, sendo que pais ativos influenciam significativamente a participação dos filhos em atividades físicas e/ou brincadeiras livres (Cardoso et al., 2019; Reimers et al., 2018). Lee e colaboradores (2021), acrescentam que estes resultados são mais evidentes em pais com uma relação positiva com a atividade física e a recreação. Segundo Schmutz e colaboradores (2018), os irmãos podem ser considerados como facilitadores ou inibidores dos níveis de atividade física das crianças mais novas, uma vez que a criança pré-escolar tendencialmente imita os comportamentos ou brinca com os irmãos mais velhos. Deste modo, o enfermeiro deve ter uma ação junto da família – pais, irmãos, cuidadores principais – de modo a consciencializar os mesmos para as diferentes oportunidades e estratégias promotoras de atividade física. Torna-se importante que o enfermeiro compreenda as razões para a não adoção de comportamentos saudáveis da criança em idade pré-escolar. Assim, é imprescindível conhecer as experiências e perceções parentais sobre a prática de atividade física da criança, de acordo com noção que os mesmos têm dos benefícios, das barreiras, da autoeficácia e dos sentimentos em relação ao comportamento de saúde

Deste modo, através da identificação das necessidades da família no que respeita à promoção da prática de atividade física da criança pré-escolar nas consultas de vigilância de saúde infantil, o enfermeiro aplica os seus conhecimentos sobre o desenvolvimento e crescimento da criança, avalia o desenvolvimento da mesma e trabalha com a criança e família no sentido de consciencializar a importância da adoção de comportamentos de saúde (Regulamento n.º 422/2018).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO EM SERVIÇO

2.1. População Alvo

A sessão destina-se aos pais das crianças em idade pré-escolar inscritos na [REDACTED]

2.2. Objetivos da Sessão

A sessão planeada apresenta os seguintes objetivos:

1. Consciencializar para a importância da prática de atividade física na idade pré-escolar;
2. Identificar atividades, de fácil acesso, possíveis de serem realizadas na idade pré-escolar.

2.3. Seleção de Conteúdos

Tendo em consideração a finalidade da sessão e os objetivos definidos para a mesma, os conteúdos a serem abordados são:

- a) Atividade física: o que é?;
- b) Atividade física: tem benefícios?;
- c) Atividade física: porquê na idade pré-escolar?;
- d) Atividade física: o que posso fazer com o meu filho?.

2.4. Organização da Atividade

A sessão de formação em serviço será realizada no dia 10 de fevereiro de 2023 às 11h, na sala de reuniões da [REDACTED].

Os recursos a serem utilizados nesta sessão serão:

- a) Recursos Humanos: estudante do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e os participantes da sessão;
- b) Recursos Materiais: sala de reuniões da [REDACTED]; computador com ligação à *internet*; colunas/sistema de som; projetor; folheto de resumo da

sessão – versões portuguesa e inglesa; instrumento de avaliação da sessão – versões portuguesa e inglesa.

2.4.1. Plano da Atividade

| Fases / Tempo | Conteúdo Programático | Métodos e Técnicas | Recursos Didáticos |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Introdução 2 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do estudante; • Explicação da metodologia a ser utilizada. | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica pedagógica tipo expositivo. | --- |
| Desenvolvimento 7 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da sessão através da transmissão do vídeo da apresentação PowerPoint preparada: vídeo com voz-off em português, mas apresentação com duas línguas (português e inglês). • Apresentação e entrega aos pais do folheto de resumo da sessão na versão portuguesa (Apêndice I) e versão inglesa (Apêndice II). | <ul style="list-style-type: none"> • Método ativo; • Técnica pedagógica tipo expositivo; • Técnica pedagógica tipo demonstrativo indireto. | Apresentação <i>PowerPoint</i> em vídeo (Apêndice V). |
| Conclusão 11 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Discussão de vivências/opiniões; • Questões. | <ul style="list-style-type: none"> • Método interativo. | Instrumento de avaliação da sessão. |

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO E CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A sessão foi realizada para sensivelmente 3 famílias. Após o término da apresentação, foi aberto um momento para a partilha de experiências/vivências, assim como para a colocação de questões. Os participantes tinham filhos com 3, 4 e 5 anos de idade, sendo que todos realizavam atividades extracurriculares pelo menos 2x/semana, nomeadamente natação e karaté. Para além desse aspeto, os pais referiram que os filhos brincavam durante longos períodos na rua, quer durante o recreio, como após o mesmo, existindo uma restrição do tempo passado com ecrãs.

Após a discussão foi entregue o instrumento de avaliação desenvolvido – versão portuguesa (Apêndice III) ou versão inglesa (Apêndice IV) – aos pais das crianças em idade pré-escolar presentes na mesma. Deste surge que, 67% da amostra concordou totalmente que a sessão permitiu a consolidação e aquisição de conhecimentos, assim como que os conteúdos apresentados foram pertinentes para serem aplicados no quotidiano; 100% da amostra concordou que os conteúdos foram apresentados de forma clara, permitindo a compreensão da informação; 67% concordou totalmente que a entrega do folheto foi importante para a consolidação das ideias-chave da sessão; 67% concordou que a sessão teve uma duração e horário adequado.

Considero que no que respeita a este último ponto do questionário, seria benéfico serem aplicadas novas estratégias na USF como forma de dar uma maior resposta à população. A sessão não foi desenvolvida na sala de reuniões da USF uma vez que as famílias convocadas, tanto por telefone, como por e-mail ou nas consultas, não compareceram. Assim, de modo a implementar a sessão programada, esta foi realizada numa das salas de espera da USF, tendo sido convocadas as famílias presentes na outra sala de espera. Uma estratégia que considero facilitadora para a participação dos pais nestas sessões de promoção da saúde que têm um carácter tão importante para o desenvolvimento da criança, passa pela realização das mesmas via online – através da plataforma *ZOOM* ou *TEAMS* – ou então encontrar um horário que seja mais facilitador para as famílias, nomeadamente pós-laboral – cerca das 18h/18h30.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a perceção de familiares e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 2, 203-214. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1689/1467>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma n.º 010/2013, de 31/05/2013*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro*. DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/criancas-saudaveis-e-em-seguranca-dgs-lanca-novo-manual1.aspx>
- Escola Nacional de Saúde Pública (2023, fevereiro 4). *Papa Bem*. <https://papabem.pt/>
- Lee, E., Bains, A., Hunter, S., Ament, A., Brazo-Sayavera, J., Carson, V., Hakimi, S., Huang, W. Y., Janssen, I., Lee, M., Lim, H., Silva, D. A. S.S., & Tremblay, M. S. (2021). Systematic review of the correlates of outdoor play and time among children aged 3-12 years. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18 (41), 1-46. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01097-9>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde (2021). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças. A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Obesity and overweight*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organização Mundial da Saúde. (s.d.). *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity*. <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.ª Ed.). AMGH
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Reimers, A. K., Schoeppe, S., Demetriou, Y., & Knapp, G. (2018). Physical activity and outdoor play of children in public playgrounds — do gender and social environment matter?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (1356), 1-14. doi:10.3390/ijerph15071356
- Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood obesity surveillance initiative. COSI Portugal 2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7783/1/COSI_Portugal_2019_out2021.pdf
- Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jardena J. Puder, J. J., Jenni, O. G., & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (35), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>

- U. S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical activity guidelines for americans* (2.^a ed.). Washington DC: U. S. Department of Health and Human Services. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf
- Zeng, N., Ayyub, M., Sun, H., Wen, X., Xiang, P., & Gao, Z. (2017). Effects of physical activity on motor skills and cognitive development in early childhood: a systematic review. *BioMed Research International*, 2017, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2017/2760716>

APÊNDICES

Apêndice I

Folheto de resumo da sessão – versão portuguesa

PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR (3-5 ANOS)

O QUE É A ATIVIDADE FÍSICA?

Qualquer **movimento voluntário** produzido pelos músculos que leva a um **gasto de energia** e que promove **interações** tanto sociais, como com o ambiente. São todos os movimentos realizados pela criança, tanto **momentos de lazer** como durante as **atividades de vida diária**.

TEM BENEFÍCIOS?

Sim, claro!!

Alguns benefícios são:

- Melhoria da **aptidão física**;
- Melhoria da **saúde mental**;
- Melhoria da **qualidade do sono**;
- Promoção da **integração social**;
- Melhoria do **desempenho escolar**, **atenção** e **memória**;
- **Redução do excesso de peso**, **risco de obesidade** e **sedentarismo**.

PORQUÊ NA IDADE PRÉ-ESCOLAR?

Período caracterizado por um **maior crescimento** e **desenvolvimento físico** e **cognitivo** da criança e que permite a **criação de hábitos** e a **adaptação ou alteração** de rotinas de estilos de vida saudáveis.

O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

- Vá ao **parque infantil**, ao **jardim** ou à **praia**;
- Jogue à **bola**, à **apanhada** ou às **escondidas**;
- Jogue à **macaca**, **corrida de sacos** ou **macaquinho do chinês**;
- Cante **canções** e **dance**;
- Dê um **passeio** a pé pela cidade ou até ao mercado;
- Crie um **percurso de obstáculos dentro ou fora de casa**;
- Brinque a **acertar** com a **bola/papel** num **alguidar/balde**;
- Brinque com a **água**, principalmente em dias quentes;
- Deixe **explorar** a **terra**, as **flores** e as **folhas**;
- Integre-o nas **tarefas domésticas**;
- Se for possível para si... inscreva-o numa **atividade desportiva estruturada**.

RECOMENDADAS
3 HORAS DIÁRIAS
DE ATIVIDADE
FÍSICA!



Apêndice II

Folheto de resumo da sessão – versão inglesa

PROMOTING PRESCHOOL'S CHILDREN PHYSICAL ACTIVITY (3-5 YEARS)

WHAT DOES IT MEAN?

Any voluntary movement produced by the muscles which leads to an expenditure of energy and which promotes interactions both socially and with the environment. It is all the movements made by the child, both at leisure and during daily life activities.

HAS BENEFITS?

Yes, of course!!

Some benefits are:

- Improving physical fitness;
- Improving mental health;
- Improving sleep quality;
- Promoting social integration;
- Improving school performance, attention and memory;
- Reducing overweight, obesity risk and sedentary lifestyle.

WHY AT PRESCHOOL AGE?

Period characterized by increased growth and physical and cognitive development of the child and allows the creation of habits and the adaptation or change of routines of healthy lifestyles.

WHAT CAN I DO WITH MY CHILD?

- Go to the playground, the garden or the beach;
- Play football, catch or hide and seek;
- Play hopscotch, sack race or Chinese monkey;
- Sing songs and dance;
- Go for a walk in the city or to the market;
- Create an obstacle course indoors or outdoors;
- Play at hitting the ball/paper into a bowl;
- Play with water, especially on hot days;
- Let them explore the earth, flowers and leaves;
- Include them in the household chores;
- If it's possible for you... enrol them in a structured sporting activity.



**RECOMMENDED
3 HOURS OF
PHYSICAL
ACTIVITY A DAY!**



REFERENCES

Apêndice III

Instrumento de avaliação da sessão – versão portuguesa

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

“Promoção da Atividade Física da Criança Pré-Escolar (3-5 anos)”

- 10 de fevereiro de 2023 - 11h

O presente instrumento tem como objetivo avaliar a sessão desenvolvida e a pertinência da mesma, bem como dos materiais disponibilizados. O preenchimento do mesmo é realizado de forma anónima.

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião.

| Apreciação da sessão | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|----------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| A sessão realizada foi ao encontro das minhas expectativas. | | | | | |
| Os objetivos da sessão foram atingidos. | | | | | |
| A sessão permitiu a consolidação e/ou aquisição de conhecimentos. | | | | | |
| Os conteúdos apresentados foram pertinentes para aplicar no meu quotidiano. | | | | | |
| Os conteúdos foram transmitidos de forma clara, permitindo-me compreender a informação. | | | | | |
| O folheto entregue no final da sessão foi importante para conseguir relembrar as ideias-chave mais tarde. | | | | | |
| Houve tempo para a discussão de ideias/vivências e esclarecimento de dúvidas. | | | | | |
| O formador tinha conhecimentos aprofundados sobre a temática. | | | | | |
| A interação entre o formador e o grupo foi boa. | | | | | |
| A sessão teve uma duração adequada. | | | | | |
| O horário da sessão foi adequado. | | | | | |

Muito obrigada pela sua colaboração!

EEESIP Mariana Ferreira

Apêndice IV

Instrumento de avaliação da sessão – versão inglesa

SESSION EVALUATION TOOL

“Promoting Preschool’s Children Physical Activity (3-5 years)”

- 10th february 2023 – 11am

This instrument aims to evaluate the session developed and its relevance, as well as the materials provided. It is filled out anonymously.

Put a cross (X) in the option that best expresses your opinion.

| Appreciation of the session | Totally disagree | Disagree | Neither agree nor disagree | Agree | Totally agree |
|---|-------------------------|-----------------|-----------------------------------|--------------|----------------------|
| The session held met my expectations. | | | | | |
| The objectives of the session were achieved. | | | | | |
| The session allowed the consolidation and/or acquisition of knowledge. | | | | | |
| The contents presented were relevant to apply in my daily life. | | | | | |
| The contents were transmitted in a clear way, allowing me to understand the information. | | | | | |
| The handout given at the end of the session was important to be able to recall the key ideas later. | | | | | |
| There was time for discussion of ideas/live experiences and clarification of doubts. | | | | | |
| | | | | | |
| The trainer had in-depth knowledge on the subject. | | | | | |
| The interaction between the trainer and the group was good. | | | | | |
| | | | | | |
| The session was of an appropriate length. | | | | | |
| The timing of the session was appropriate. | | | | | |

Thank you very much for your collaboration!

EESIP Mariana Ferreira

Apêndice V

Apresentação *PowerPoint* da sessão

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

Estudante Mariana Ferreira

Enf^o Orientadora:

Prof^a Orientadora: Sónia Borges Rodrigues
fevereiro 2023

PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR (3-5 ANOS)

PROMOTING PRESCHOOL'S CHILDREN PHYSICAL ACTIVITY (3-5 YEARS)



ESEL
Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

CONTEÚDOS | CONTENTS

01

Atividade física: o que é?

Physical activity: what does it mean?

02

Atividade física: tem benefícios?

Physical activity: has benefits?

03

Atividade física: porquê na idade pré-escolar?

Physical activity: why at preschool age?

04

Atividade física: o que posso fazer com o meu filho?

Physical activity: what can I do with my child?

OBJETIVOS | OBJECTIVES



01

Conscientizar para a importância da prática de atividade física na idade pré-escolar;

Raising awareness of the importance of physical activity at pre-school age;

02

Identificar atividades, de fácil acesso, possíveis de serem realizadas na idade pré-escolar.

Identify easily accessible activities that can be carried out at pre-school age.



3

01

ATIVIDADE FÍSICA: O QUE É?

Physical activity:
what does it mean?



4

ATIVIDADE FÍSICA: O QUE É?

Physical activity: what does it mean?

Qualquer **movimento voluntário** produzido pelos músculos que leva a um **gasto de energia** e que promove **interações** tanto sociais, como com o ambiente.

Any **voluntary movement** produced by the muscles that leads to an **expenditure of energy** and promotes **social interactions** and with the **environment**.

(Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde, 2021; OMS, 2020)



5

ATIVIDADE FÍSICA: O QUE É?

Physical activity: what does it mean?

Todos os movimentos realizados pela criança, inclusive durante momentos de **lazer** e **atividades de vida diária**.

All the **movements** made by the child, including during **leisure time** and **daily activities**.

(OMS, 2020)



6

ATIVIDADE FÍSICA: O QUE É?

Physical activity: what does it mean?

LEMBRE-SE QUE:
Qualquer quantidade de
atividade física é melhor que
nenhuma!

REMEMBER THAT:
Any kind of physical activity
is better than none!



(DGS, 2021)



02

◆ ◆
◆ ◆ **ATIVIDADE FÍSICA:
TEM BENEFÍCIOS?**
**Physical activity:
has benefits?**

ATIVIDADE FÍSICA: TEM BENEFÍCIOS?

Physical activity: has benefits?



Melhoria da
aptidão física

Improving physical
fitness



Melhoria da saúde
mental

Improvement of
mental health



Redução do **excesso de peso**, risco de **obesidade** e **sedentarismo**

Reducing **overweight**, **obesity risk** and **sedentary lifestyles**



(Cardoso et al., 2019; DGS, 2022; OMS, 2020)

ATIVIDADE FÍSICA: TEM BENEFÍCIOS?

Physical activity: has benefits?



Melhoria da
qualidade do sono

Improving sleep
quality



Promoção da
integração social

Promoting social
integration



Melhoria do
desempenho escolar,
atenção e memória

Improving school
performance, attention
and memory



(Cardoso et al., 2019; DGS, 2022; OMS, 2020)

03

ATIVIDADE FÍSICA: PORQUÊ NA IDADE PRÉ-ESCOLAR? Physical activity: why at preschool age?



11



ATIVIDADE FÍSICA: PORQUÊ NA IDADE PRÉ-ESCOLAR? Physical activity: why at preschool age?

Período caracterizado por um maior crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo da criança

Period of greatest physical and cognitive growth and development of the child

12

(OMS, 2019)



ATIVIDADE FÍSICA: PORQUÊ NA IDADE PRÉ-ESCOLAR?

Physical activity: why at
preschool age?

Período que permite a **criação de hábitos** e a **adaptação ou alteração** de rotinas de estilos de vida saudáveis

Period that **allows for the creation of habits** and the **adaptation or alteration** of healthy lifestyle routines

13

(OMS, 2019)



ATIVIDADE FÍSICA: PORQUÊ NA IDADE PRÉ-ESCOLAR?

Physical activity: why at
preschool age?

Comportamentos saudáveis implementados e desenvolvidos nos **primeiros anos de vida** influenciam **positivamente** a saúde da criança no futuro

Healthy behaviours implemented and developed in the **first years of life** positively influence the child's health in the future

14

(OMS, 2019)



15

04

ATIVIDADE FÍSICA: O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

Physical activity: what can I do with my child?



ATIVIDADE FÍSICA: O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

Physical activity: what can I do with my child?

Jogos com movimentos vigorosos de corrida e saltos, assim como manipulações - jogos com bolas -, com um grande impacto a nível social e biológico.

Games with vigorous running and jumping movements, as well as manipulations - ball games - with a great impact at a social and biological level.



16

(OBS. 2022; Neto, 2020)



ATIVIDADE FÍSICA: O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

Physical activity: what can I do with my child?

É recomendado realizarem cerca de **3 horas diárias** de atividade física repartidas em **vários momentos do dia** – entre intensidade **leve, moderada e vigorosa** – em que **1 hora** deve ser de intensidade **moderada a vigorosa**.

It's recommended that they engage in **around 3 hours** of physical activity **a day** spread over **several times a day** – between **light, moderate and vigorous intensity** – of which **1 hour** should be at a **moderate to vigorous intensity**.

17

(DGS, 2022; U. S. Department of Health and Human Services, 2018)



ATIVIDADE FÍSICA: O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

Physical activity: what can I do with my child?

- Vá ao **parque infantil, ao jardim ou à praia**
Go to the **playground, the garden or the beach**
- Jogue à **bola, à apanhada ou às escondidas**
Play **football, catch or hide and seek**
- Jogue à **macaca, corrida de sacos ou macaquinho do chinês**
Play **hopscotch, sack race or Chinese monkey**
- Cante **canções e dance**
Sing songs and **dance**
- Dê um **passeio a pé pela cidade ou até ao mercado**
Go for a **walk in the city or to the market**

18

Escola Nacional de Saúde Pública (2023, fevereiro 4)





ATIVIDADE FÍSICA: O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

Physical activity: what can I do with my child?

- Crie um **percurso de obstáculos dentro ou fora de casa** (contornar a cadeira/árvore, passar por baixo da mesa/escorrega, rebolar no colchão/relva)
Create an **obstacle course indoors or outdoors** (go around the chair/tree, go under the table/slide, roll over on the mattress/grass)
- Brinque a **acertar** com a bola/papel num alguidar/balde
Play at **hitting** the ball/paper into a bowl

19

Escola Nacional de Saúde Pública (2023, fevereiro 4)



ATIVIDADE FÍSICA: O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

Physical activity: what can I do with my child?

- Brinque com a **água**, principalmente em dias quentes (Cuidado com piscinas!! Risco de afogamento)
Play with **water**, especially on hot days (Beware of swimming pools!! Risk of drowning)
- Deixe explorar a **terra**, as **flores** e as **folhas**
Let them explore the **earth**, **flowers** and **leaves**

20

Escola Nacional de Saúde Pública (2023, fevereiro 4)



ATIVIDADE FÍSICA: O QUE POSSO FAZER COM O MEU FILHO?

Physical activity: what can I do with my child?

- Integre-o nas **tarefas domésticas** (fazer a cama, levantar os pratos da mesa, arrumar os brinquedos)
Involve them in **household chores** (making the bed, clearing the table, putting away toys)
- Se for possível para si... inscreva-o numa **atividade desportiva estruturada** (futebol, dança, natação, ginástica, ...)
If it is possible for you... enrol them in a **structured sporting activity** (football, dancing, swimming, gymnastics, etc.)



21

Escola Nacional de Saúde Pública (2023, fevereiro 4)

Brinque com o seu filho! Play with your child!

Pais ativos influenciam significativamente a participação dos seus filhos nas atividades físicas ou nas brincadeiras livres!

Active parents significantly influence their children's participation in physical activities or outdoor play!

22

(Cardoso et al., 2019; Reimers et al., 2018)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | REFERENCES

- Cardoso, C. S., Condessa, I. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Hábitos de vida saudável no pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico: a percepção de familiares e de educadores de um grupo de crianças. *Revista de Psicologia*, 2, 203-214.
- DGS. (2021). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-2021-pdf.aspx>
- DGS. (2022). *Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/criancas-saudaveis-e-em-seguranca-dgs-lanca-novo-manual1.aspx>
- Escola Nacional de Saúde Pública (2023, fevereiro 4). *Papa Bem*. <https://papabem.pt/>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde (2021). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças. A urgência de brincar e ser ativo*. Lisboa: Contraponto
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311684/9789241550536eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2020). *Physical activity*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- U. S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical activity guidelines for americans* (2ª ed.). Washington DC: U. S. Department of Health and Human Services. Disponível em https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf

REFERÊNCIAS IMAGENS | IMAGE REFERENCES

1. iStock (2023, fevereiro 3). *Children At Montessori School Having Fun Outdoors During Break*. <https://www.istockphoto.com/pt/foto/children-at-montessori-school-having-fun-outdoors-during-break-qm684062102-125718375>
2. iStock (2023, fevereiro 3). *Crianças asiáticas se divertindo a jogar cabo de guerra com corda juntos*. <https://www.istockphoto.com/br/foto/criancas-asiaticas-se-divertindo-a-jogar-cabo-de-guerra-com-corda-juntos-qm809991970-131064369>
3. News (2023, fevereiro 3). *Children have fun at park on World Children's Day in Islamabad, Pakistan*. http://www.xinhuanet.com/english/2020-11/21/c_139532309_2.htm
4. iStock (2023, fevereiro 3). *Child in fall park. Kid with autumn leaves*. <https://www.istockphoto.com/pt/foto/child-in-fall-park-kid-with-autumn-leaves-qm1168286340-322522967>
5. Understood (2023, fevereiro 3). *6 ways to help your preschooler connect with other kids*. <https://www.understood.org/en/articles/6-ways-to-help-your-preschooler-connect-with-other-kids>
6. Apexa (2023, fevereiro 3). *Espaços e medidas inclusivas: uma aposta de futuro*. <https://apexa.org/espacos-e-medidas-inclusivas-uma-aposta-de-futuro/>
7. Jump IN for healthy kids (2023, fevereiro 3). *Physical activity at daycare: help kids move more!* <https://blog.jumpinforhealthykids.org/physical-activity-at-daycare-help-kids-move-more/>
8. iStock (2023, fevereiro 3). *Muçulmana família passear na cidade, no mercado de compras*. <https://www.istockphoto.com/br/foto/muculmana-familia-passear-na-cidade-no-mercado-de-compras-qm1126490945-296597029>
9. Tempo Junto (2023, fevereiro 3). *Como criar um circuito ao ar livre*. <https://www.tempojunto.com/2015/08/16/uma-brincadeira-de-circuito-para-se-movimentar-ao-ar-livre/>
10. Romper (2023, fevereiro 3). *Here's Why Your Kid Is Totally Obsessed With Playing & Splashing In Water*. <https://www.romper.com/p/why-do-kids-love-playing-in-water-so-much-experts-explain-this-splashing-phenomenon-16888037>
11. GZH (2023, fevereiro 3). *Envolver as crianças nos afazeres domésticos é uma excelente oportunidade de aprendizado*. <https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2018/11/envolver-as-criancas-nos-afazeres-domesticos-e-uma-excelente-oportunidade-de-aprendizado-100dvi3e0eup01pihyvcoa4.html>



MUITO
OBRIGADA!

THANK YOU SO MUCH!

Apêndice IX.
Póster “Atividade física nos 5 primeiros anos de vida” (versão em língua portuguesa)

NOS 5 PRIMEIROS ANOS DE VIDA

BENEFÍCIOS



Melhoria da aptidão física



Melhoria da qualidade do sono



Redução do excesso de peso, risco de obesidade e sedentarismo



Melhoria da saúde mental



Promoção da integração social



Melhoria do desempenho escolar, atenção e memória

CORPO ATIVO. MENTE ATIVA. CRIANÇA FELIZ!

Algumas atividades poderão ser...



0 - 2 ANOS

- Colocar o bebé de barriga para cima para descobrir o corpo ou de barriga para baixo;
- Disponibilizar brinquedos com diferentes cores e texturas;
- Deixar o bebé gatinhar e apanhar objetos próximos;
- Cantar, dançar ou fazer diferentes expressões faciais;
- Deixar o bebé movimentar-se livremente;
- Jogar às escondidas;
- Fazer bolas de sabão;
- Cantar músicas que envolvam partes do corpo;
- Tocar instrumentos com o bebé.

Recomendados
30 min./diários de
Atividade Física



2 - 3 ANOS

- Disponibilizar objetos com movimento e blocos para empilhar;
- Ir ao parque e permitir que ande de baloiço, de escorrega ou nos túneis;
- Cantar músicas que envolvam gestos;
- Tocar e construir instrumentos musicais;
- Passear pelo parque ou pela praia;
- Subir rampas e trepar equipamentos;
- Dizer rimas e lengalengas;
- Brincar às escondidas e à apanhada.

Recomendadas
3 horas/diárias de
Atividade Física



3 - 5 ANOS

- Ir ao parque, ao jardim ou à praia;
- Jogar à bola, apanhada ou escondidas;
- Jogar jogos tradicionais;
- Cantar canções e dançar;
- Passear pela cidade ou até ao mercado;
- Criar um percurso de obstáculos dentro ou fora de casa;
- Brincar ao acertar com a bola no cesto;
- Brincar com a água;
- Explorar a natureza;
- Integrá-la nas tarefas domésticas.

Recomendadas
3 horas/diárias de
Atividade Física

Apêndice X.

Póster “Physical activity in the first 5 years of life” (versão em língua inglesa)

ANEXOS

Anexo I.
Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

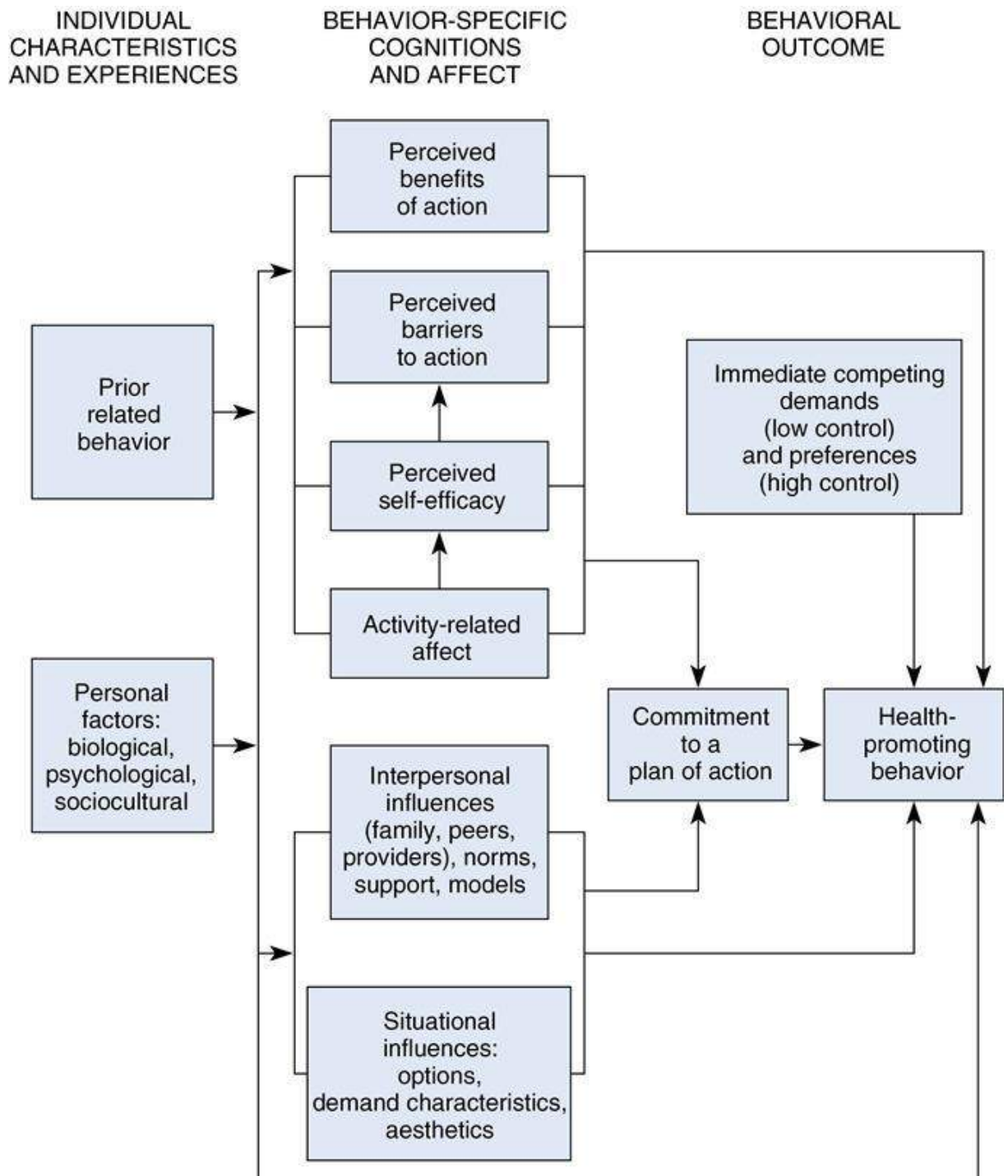


Figura 1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Disponível em:

Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8ªed). Pearson.