



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

**Capacitação Parental como Promotora do
Desenvolvimento do *Toddler*: Contributos do
Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria**

Vera Lúcia da Silva Letras

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Capacitação Parental como Promotora do
Desenvolvimento do *Toddler*: Contributos do
Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria**

Vera Lúcia da Silva Letras



Orientadora: Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques



**Lisboa
2022**

DEDICATÓRIA

Terminada uma etapa especialmente importante na minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram neste longo percurso e que contribuíram para a concretização deste relatório.

À Professora Sónia Colaço, o meu agradecimento pela disponibilidade e orientação prestada, bem como pelo conhecimento transmitido ao longo deste caminho.

A cada Enfermeira Orientadora dos Locais de Estágio, obrigada pelo apoio e compreensão manifestados e por se mostrarem sempre disponíveis, facilitando o desenvolvimento de competências num ambiente favorável à minha aprendizagem.

À minha família e amigos, agradeço o amor incondicional, pela coragem e apoio que sempre me transmitiram.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus colegas de curso e professores que comigo partilharam o seu saber.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - *American Psychological Association*

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT - Cuidados Não Traumáticos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVSIJ – Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EADMSM – Escala de Avaliação de Desenvolvimento *Mary Sheridan*

Modificada

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EO – Enfermeiro Orientador

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ICN - *International Council of Nurses*

IP – Internamento de Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RN – Recém-nascido

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

O desenvolvimento da primeira infância é uma área prioritária para a *World Health Organization* (2020), tendo em conta que 43% das crianças não são capazes de alcançar todo o seu potencial de desenvolvimento. É nos três primeiros anos de vida, que são estabelecidas as suas bases para a saúde, o bem-estar, a aprendizagem e a produtividade (*World Health Organization*, 2018).

A criança apresenta uma elevada plasticidade neural e rápida adaptação a estímulos que depende das experiências que lhe sejam oferecidas, sendo que o relacionamento responsivo e a interação entre as crianças e os seus pais/cuidadores, irão permitir um desenvolvimento saudável do cérebro (*Center on the Developing Child at Harvard University*, 2021). Cabe à família a responsabilidade pelas funções de socialização e cuidados psicoafectivos da criança (Brazelton, 2018), pelo que é fundamental promover as competências parentais, como os conhecimentos, habilidades e atitudes para o desenvolvimento do seu filho (Cardoso, Silva & Marín, 2015).

Na orientação do meu percurso formativo foram mobilizados quadros de referência da profissão de Enfermagem, a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, e outros da área da especialidade, como a filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

A problemática que deu origem ao presente relatório surgiu da preocupação com a promoção de um desenvolvimento harmonioso do *toddl*er, no decorrer das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, contribuindo a promoção das competências parentais para a maximização do potencial do seu desenvolvimento.

Com a realização deste relatório pretende-se espelhar o desenvolvimento das competências especializadas na área da saúde infantil e pediatria, tendo as experiências de estágio envolvido o planeamento, gestão, prestação e supervisão de cuidados de Enfermagem à criança, jovem e família, com vista à maximização do seu potencial, nos processos de saúde-doença, nos diversos contextos onde estão inseridas.

O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para facilitar as transições experienciadas pelos pais e pelas crianças, criando e implementando estratégias para a promoção do exercício do papel parental e a fomentação do desenvolvimento infantil.

Como metodologia, recorreu-se à elaboração e implementação do projeto de estágio, refletindo criticamente sobre a prática clínica nos vários contextos.

As atividades desenvolvidas permitiram alcançar os objetivos propostos, designadamente o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à criança e à família, promovendo um desenvolvimento infantil harmonioso e competências parentais no cuidado ao *toddler*.

Os principais resultados conseguidos foram a aquisição de novos conhecimentos e habilidades para a intervenção sistematizada de cuidados de Enfermagem especializados nas transições experienciadas por criança e família, com a compreensão deste processo, e identificação das necessidades de ambos neste processo, facilitando e promovendo transições saudáveis.

O percurso realizado permitiu a compreensão da complexidade das transições experienciadas aquando do desenvolvimento infantil, sendo exigentes para o enfermeiro as estratégias implementadas para auxiliar no processo, pois necessita de conhecimentos, habilidades, competências, empenho, investimento e dedicação.

Palavras-Chave: *Toddler*, Desenvolvimento Infantil, Parentalidade, Empoderamento, Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Early childhood development is a priority area for the World Health Organization (2020), given that 43% of children are not able to reach their full developmental potential.

It is in the first three years of life that the foundations for health, well-being, learning and productivity are laid (World Health Organization, 2018).

The child has a high neural plasticity and rapid adaptation to stimuli that depends on the offered experiences, and the responsive relationship and interaction between children and their parents/caregivers will allow a healthy development of the brain (Center on the Developing Child at Harvard University, 2021).

The family is responsible for the child's socialization and psycho-affective care functions (Brazelton, 2018), so it is essential to promote parenting skills, such as knowledge, skills and attitudes for the child's development. (Cardoso, Silva & Marín, 2015).

In guiding my training path, reference frameworks from the Nursing profession were mobilized, the Medium Range Theory of Afaf Meleis, and others in the area of expertise, such as the philosophy of Family-Centered Care.

The problem that gave rise to this report, arose from the concern with promoting a harmonious child's development, during the Child and Youth Health Surveillance Consultations, contributing to the parenting skills promotion to maximize their development potential.

With this report, we intend to mirror the specialized skills development in the child health and pediatrics area, having the internship experiences involved in the planning, management, provision and supervision of Nursing care for children, young people and families, with a view to maximizing their potential, in the health-disease processes, in the different contexts where they are inserted.

Nurses are in a privileged position to facilitate the transitions experienced by parents and children, creating and implementing strategies to promote the exercise of the parental role and foster child development.

As a methodology, we resorted to the internship project's elaboration and implementation, critically reflecting on clinical practice in various contexts.

The activities developed made it possible to achieve the proposed objectives, namely the skills development for the provision of specialized care to the child and the family,

promoting harmonious child development and parenting skills in the care of the toddler.

The main results achieved were the acquisition of new knowledge and skills for the systematic intervention of specialized Nursing care in the transitions experienced by the child and family. With the understanding of this process, and identification of the needs of both in this process, facilitating and promoting healthy transitions.

The path taken allowed the understanding of the complexity of the transitions experienced during child development, being demanding for the nurse the strategies implemented to assist in the process, as it requires knowledge, skills, competences, commitment, investment and dedication.

Key Words: Toddler, Child Development, Parenting, Empowerment, Pediatric Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1.ENQUADRAMENTO	13
TEÓRICO	13
1.1. Cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.....	13
1.2. Teoria das transições de Meleis	16
1.2.1. Parentalidade como Transição	19
1.3. Desenvolvimento da Criança - Importância dos primeiros anos de vida...	20
1.3.1. Competências Parentais na Promoção do Desenvolvimento Infantil.....	23
2. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	27
3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.....	31
3.1. Metodologia	31
3.2. Descrição das Atividades Desenvolvidas	33
3.2.1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança e família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.....	33
3.2.2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e elevado grau de qualidade, na promoção das competências parentais.....	43
3.2.3. Desenvolver competências para gerir os cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos visando a melhoria continua da qualidade.	51
3.3. Contributo das Atividades Desenvolvidas para o Desenvolvimento de Competências de Enfermeira Especialista	54
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	69
Anexo I – Certificados de Formação Profissional	70
APÊNDICES	73

Apêndice I – Cronograma dos Estágios.....	74
Apêndice II – Protocolo de <i>Scoping Review</i> : Intervenções Promotoras das Competências Parentais no Cuidado ao <i>Toddler</i>	76
Apêndice III – Revisão da Literatura: Intervenções promotoras das competências parentais na promoção do conforto no recém-nascido pré-termo hospitalizado	88
Apêndice IV – Projeto “Toca a Interagir”	113
Apêndice V – Folheto “Papás, Vamos Cres(Ser) Juntos?”	140
Apêndice VI - Plano da Sessão de Formação: Massagem Para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal. Poster: Massagem Abdominal. Folheto: Massagem Abdominal.....	142
Apêndice VII - Reflexão Crítica Registos de Enfermagem nas CVSIJ. Norma de Procedimentos	201

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a elaboração do presente relatório. Tem como finalidade documentar o percurso formativo no estágio realizado e o desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65, 2018) e a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 422, 2018; Regulamento n.º 140, 2019).

O estágio decorreu ao longo de 21 semanas, com início a 7 de dezembro de 2020 e término a 30 de abril de 2021, em cinco contextos: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Internamento de Pediatria (IP), Unidade de Saúde Familiar (USF) e Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) (Apêndice I).

O relatório teve como eixos estruturantes, a identificação das necessidades formativas, os objetivos previamente definidos no projeto e a área temática de aprofundamento, “*A capacitação parental para a promoção do desenvolvimento do toddler*”. Esta orientação foi reconhecida com base na evidência científica, nos meus interesses pessoais e na conjectura da minha prática clínica atual, em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ). A preocupação e interesse no desenvolvimento harmonioso da criança, onde observo, surgiu durante a prestação de cuidados no âmbito da CVSIJ, onde observo, na minha prática diária, as dificuldades dos pais na resposta às necessidades de desenvolvimento dos filhos. Com alguma frequência os pais verbalizam insegurança no desempenho do papel parental, levando a que grande parte do tempo da consulta de Enfermagem seja ocupado na partilha das suas inquietações, problemas e questões partilhadas pelas famílias, relativamente ao desenvolvimento dos seus filhos.

A literatura consultada realça também a preocupação centrada na necessidade de desenvolver intervenções que promovam o papel parental, concluindo que estas intervenções afetam os comportamentos parentais positivos, importantes para o desenvolvimento infantil (Shah et al., 2016).

A *World Health Organization* (WHO) (2020), divulgou que 250 milhões de crianças de países de baixa e média renda, não têm oportunidade de alcançar todo o seu potencial máximo de desenvolvimento. Irão beneficiar de um desenvolvimento saudável as crianças sujeitas a um relacionamento estável, atencioso e interativo com adultos, enquanto experiências adversas na infância, como cuidados instáveis, privação de amor ou de nutrição e stresses associados a maus-tratos e negligência, aumentam a probabilidade de problemas de saúde e de desenvolvimento (WHO, 2014).

Os três primeiros anos de vida da criança são um período de maior vulnerabilidade às influências ambientais, porque é durante esta etapa da sua vida que se estabelecem as bases para a saúde, o bem-estar, a aprendizagem e a produtividade e que se irão refletir durante toda a vida e na geração subsequente (WHO, 2018). As crianças apresentam uma elevada plasticidade neural, porque é durante os primeiros anos de vida que se estabelecem os circuitos neurais dependendo do ambiente e das experiências oferecidas, sendo que o relacionamento responsivo, e a interação entre as crianças e os seus pais/cuidadores, irão permitir um desenvolvimento saudável do cérebro (*Center on the Developing Child at Harvard University*, 2021).

A promoção do crescimento e desenvolvimento do potencial da criança dos 13 aos 36 meses (*toddler*) é uma dimensão do desempenho do papel parental, sendo da esfera da competência dos enfermeiros capacitar e apoiar os pais de forma a que possam proporcionar oportunidades para o desenvolvimento dos seus filhos. O desenvolvimento saudável das crianças, implica que lhe sejam oferecidos um conjunto de condições favoráveis na resposta às suas necessidades de crescimento, desenvolvimento, emocionais, sociais e educativas, das quais são exemplos, ter uma casa segura e amorosa e, poder estar com a sua família, brincar, ler, cantar e falar (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2021).

Uma transição é o processo que consiste na passagem de um estado de estabilidade para outro estado de estabilidade e ocorre quando a realidade da pessoa é perturbada, geralmente precipitada por mudanças no ambiente, na vida, nas relações e/ou saúde (Meleis, 2010). Uma transição saudável conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, ser e estar de quem vive a transição, sendo que a transição na parentalidade acarreta mudanças e o desenvolvimento de novos padrões de resposta, bem como a aquisição de novos conhecimentos e capacidades, sendo imprescindível desenhar intervenções de Enfermagem que

facilitem este processo (Meleis, 2010). Recorreu-se, desta forma, à teoria de médio alcance das Transições, como concepção teórica de Enfermagem, para orientação do percurso formativo, e da prática clínica durante o seu planeamento, execução e avaliação.

A valorização dos cuidados antecipatórios promotores da saúde e prevenção da doença é também reforçada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), facultando-se aos pais/cuidadores conhecimentos necessários a um melhor desempenho do exercício da parentalidade na promoção e proteção dos direitos da criança (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013). As CVSIJ proporcionam uma base objetiva de informação, servindo de orientação na identificação dos cuidados adequados à estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança, sendo também um meio de detetar precocemente alterações no desenvolvimento e intervir-se o mais cedo possível nas funções afetadas ou nos fatores de risco, aumentando as probabilidades de sucesso das nossas intervenções (DGS, 2013).

O relatório está organizado em quatro capítulos. No capítulo um pretende-se identificar os referenciais teóricos que orientaram o percurso formativo, bem como contextualizar o tema central clarificando os principais conceitos relacionados. No capítulo dois é abordada a problemática em estudo e no capítulo três é descrito e analisado as atividades desenvolvidas durante o percurso formativo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE). As considerações finais e projetos futuros integram o capítulo quatro.

Para a organização estrutural e referenciação bibliográfica do presente relatório, foi considerado o “Guia para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações” (ESEL, 2018) e a norma *American Psychological Association* (APA) (7ª edição), recorrendo ao gestor de referências bibliográficas *Mendeley* (APA, 2020), e às orientações do Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização (ESEL, 2019).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo surge, essencialmente, para a apresentação: dos referenciais para os cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria; do modelo das transições de Meleis; da concetualização da parentalidade enquanto transição e da importância dos primeiros anos de vida; e dos contributos dos pais para o desenvolvimento das crianças.

1.1. Cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

A Enfermagem é definida pelo *International Council of Nurses* (ICN) em Genebra como: a ajuda às pessoas a lidarem com os problemas de saúde e manter, melhorar ou recuperar a sua saúde, compreendendo o uso do julgamento clínico na prestação de cuidados, e ajudando a pessoa a alcançar a melhor qualidade de vida possível, independentemente da existência de incapacidade ou doença, até à morte (Royal College of Nursing, 2014).

Esta definição encerra seis características que lhe atribuem significado: uma finalidade própria - ajudar a atingir o nível máximo de saúde; um modo singular de intervir - a Enfermagem preocupa-se com a capacitação das pessoas; um domínio específico - centrado na resposta das pessoas às experiências de saúde; um foco específico - na pessoa e nas suas respostas humanas; uma base de valores específicos; e um compromisso com os parceiros (Royal College of Nursing, 2014).

O cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, assenta em dois pilares fundamentais: Cuidados Centrados na Família (CCF) e os Cuidados Não Traumáticos (CNT), em estreita articulação com a Convenção dos Direitos da Criança e da Carta da Criança Hospitalizada.

Na abordagem centrada na família, os principais pontos-chave são: considerar que toda a família é uma unidade de intervenção; a relação de parceria de cuidados entre os profissionais e famílias; as intervenções deverão responder às prioridades e objetivos da família; os profissionais deverão dar resposta às necessidades orientadas pela família e não apenas às necessidades que são identificadas pelo profissional (Carvalho et al., 2016).

Como pressupostos fundamentais dos CCF são considerados: a dignidade e o respeito - ouvir e honrar as escolhas do cliente e da família e incorporar no

planeamento e na prestação de cuidados, valores, conhecimento, crenças e cultura do cliente e da família; a partilha de informação – comunicar e partilhar informações completas, oportunas e precisas para a participação eficaz nos cuidados e na tomada de decisão; a colaboração – existe colaboração na política e desenvolvimento de programas, bem como na prestação de cuidados; e a participação - é dado apoio ao cliente e família, na participação nos cuidados e na tomada de decisão (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2016).

A intervenção centrada na família promove o empoderamento, permitindo que consigam manter ou adquirir um sentimento de controlo sobre as suas vidas e reconhecer as mudanças positivas resultantes dos comportamentos de ajuda na promoção das suas próprias habilidades, forças e ações (Hockenberry, 2018). São criados meios e oportunidades para os seus membros revelarem as suas competências e habilidades atuais, assim como adquirirem novas, atendendo às necessidades das mesmas (Hockenberry, 2018).

Como reforço desta ideia sublinha-se, ainda, o Modelo de Touchpoints, do pediatra Brazelton, que enfatiza os cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre famílias e profissionais, para a promoção do empoderamento dos pais (Brazelton & Sparrow, 2003). Para os autores, o objetivo dos profissionais de saúde será o apoio e suporte aos pais e familiares na organização de um ambiente, em que o bebé possa crescer e desenvolver-se, focando as potencialidades da família e não nas suas vulnerabilidades, visto que ao fortalecer as famílias, os profissionais estão também a fortalecer as crianças (Brazelton & Sparrow, 2003).

Na prestação de cuidados de Enfermagem à criança, pretende-se envolver a família e estabelecer parcerias, procurando um elevado nível de satisfação. Compete ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança, demonstrando conhecimento sobre todo o processo, transmitindo orientações antecipatórias à família na maximização do desenvolvimento infantil e informar antecipadamente sobre prováveis crises, capacitando os pais na promoção do desenvolvimento (Regulamento n.º 422, 2018). No modelo de parceria de Anne Casey (1995), é sustentada a ideia de que os pais são os principais prestadores de cuidados para os seus filhos, uma vez que promovem a sua proteção e a estimulação, do seu crescimento e desenvolvimento, com amor. Para a autora o conceito baseia-se no reconhecimento e respeito dos

profissionais, pela perícia da família no cuidado à criança, reforçando a necessidade de negociação entre ambos, onde o respeito pelas suas necessidades, desejos e competências da família são fundamentais para estabelecer uma relação de confiança (Casey, 1995). A família é reconhecida como uma constante na vida da criança, sendo fundamental apoiá-la nos seus papéis e nas tomadas de decisão, através de intervenções que promovam a capacitação e o empoderamento (Hockenberry, 2018).

Os cuidados em Saúde Infantil e Pediatria são enquadrados em todas as dimensões pela defesa dos direitos das crianças. A Convenção dos Direitos da Criança, foi ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990, reconhecendo, no seu enquadramento legal, o respeito pelos quatro pilares de direitos, designadamente a não discriminação, o superior interesse da criança, o direito pela sobrevivência e desenvolvimento e a importância da opinião da criança, devendo a sua voz ser ouvida (UNICEF, 2019). Assim sendo, importa clarificar o conceito de criança, no âmbito deste relatório, que é entendido, tal como descrito na Convenção sobre os Direitos da Criança, “(...) todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo” (UNICEF, 2019, p. 8), sendo um grupo vulnerável prioritário, o que justifica o empenho e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde. Estes direitos estão consagrados nos princípios dos CNT e centrados na família em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e plasmados na Carta da Criança Hospitalizada através da afirmação “*O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças*” (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

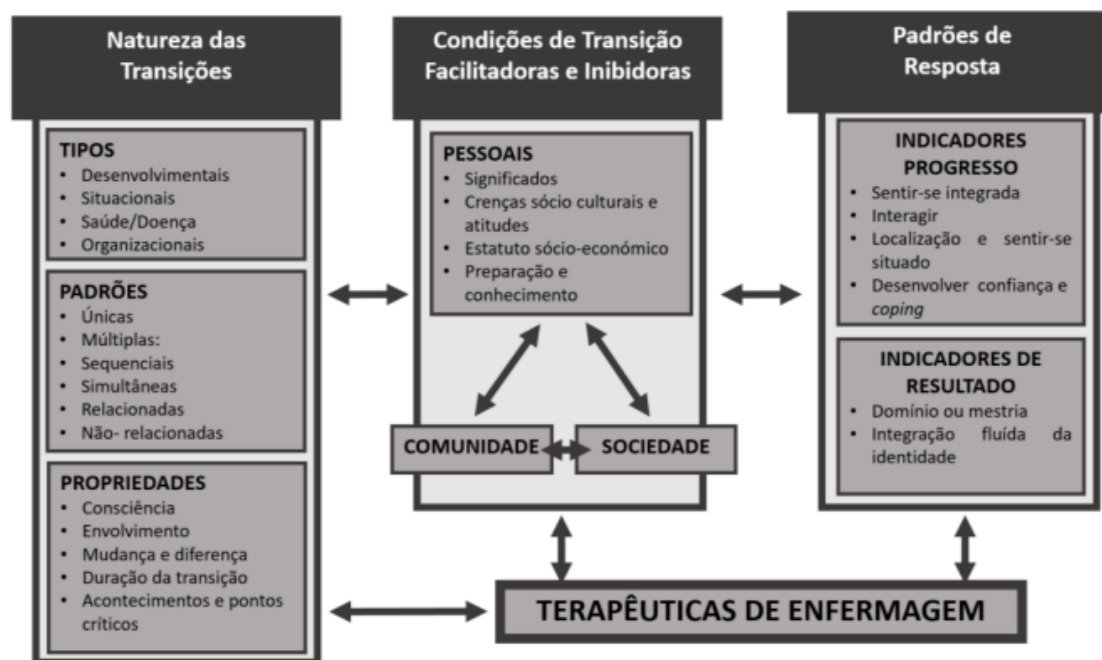
Para ajudar a criança e a família a alcançarem o seu máximo potencial de saúde e desenvolvimento, é necessário identificar os seus recursos e incentivar o seu potencial de saúde através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, devendo ser fornecida informação que gere aprendizagem cognitiva e aquisição de novas capacidades (OE & Conselho de Enfermagem, 2012). Na adequação e promoção da parentalidade em todas as dimensões, o EESIP, deverá atuar aos três níveis de prevenção, assumindo um compromisso no suporte e capacitação dos pais na gestão dos processos de saúde e das tomadas de decisão, ensinando, instruindo, e treinando de acordo com as suas necessidades (OE, 2015a).

1.2. Teoria das transições de Meleis

O conceito de transição surge como a passagem de um estado estável (lugar ou condição), para outro relativamente estável, desencadeada por um processo de mudança quer na saúde, vida, ambiente ou relacionamentos, requerendo por parte dos indivíduos a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self; sugerindo quatro tipos de transição: desenvolvimental, situacional, de saúde-doença e organizacional (Meleis et al., 2000).

A teoria é composta pela natureza das transições, fatores facilitadores e inibidores da transição, padrões de resposta e terapêuticas de Enfermagem (Figura 1) (Meleis et al., 2000), servindo como guia para cuidados de Enfermagem eficazes antes, durante e após a transição (Smith, 2020). Meleis (2010), elenca as razões pelas quais os cuidados de Enfermagem devem ter como foco a transição, considerando-a central na disciplina de Enfermagem, permitindo uma intervenção baseada na identificação, compreensão e orientação das pessoas em processos de transição e englobando acontecimentos da vida do ser humano.

Figura 1: Teoria de médio alcance das transições



Fonte: Traduzido e adaptado de Meleis et al. (2000, p.17)

As pessoas, ao longo da sua vida, experienciam, antecipam ou estão a completar um processo de transição, com os quais o enfermeiro lida diariamente na

sua prática clínica (Meleis, 2011). A forma como são vivenciadas as transições, afeta a saúde e bem-estar da pessoa (Smith, 2020), sendo que o enfermeiro possui potencial para apoiar, através das suas intervenções, como um agente facilitador, no alcance de melhores níveis de saúde do cliente (Meleis, 2010).

A Enfermagem é a profissão com maior proximidade das pessoas a viverem transições, preocupando-se com o desenvolvimento, promoção e recuperação do indivíduo. A interação entre o cliente e o enfermeiro é organizada em torno de diversas terapêuticas de Enfermagem que promovem e restauram a saúde, facilitando as transições bem-sucedidas, caracterizadas por bem-estar emocional, domínio e bem-estar relacional (Meleis, 2010).

As transições são consideradas complexas e multidimensionais, possuindo características essenciais à transição como a consciencialização, empenho, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos. Cada transição exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, uma vez que correspondem a períodos de vulnerabilidade dos indivíduos, que podem encontrar dificuldades em desempenhar o autocuidado e o cuidar (Meleis et al., 2000).

O conhecimento prévio e a preparação facilitam a experiência da transição, sendo que a falta de preparação e de conhecimento são inibidores, daí o seu uso como estratégias para apoiar a gestão da situação e vivência de uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

O processo de transição é influenciado pelo significado que é atribuído aos eventos que o precipitam, como as crenças e atitudes, *status* socioeconómico, preparação e conhecimento do processo de transição, condições sociais e da comunidade, apoio de outros familiares ou pessoas significativas, a informação relevante colhida a partir de fontes credíveis (como livros e guias orientadores), sendo fatores inibidores o suporte insuficiente e informação inadequada (Meleis et al., 2000).

O ambiente, contexto onde o indivíduo se insere, pode ser favorecedor para a conceção de condições benéficas de transição (família, comunidade, condições físicas, naturais e artificiais), sendo esta interação influenciada por fatores internos e externos (Meleis, 2010).

A transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, a partir dos indicadores de processos e de resultados. Estes são importantes uma vez que permitem identificar se o sujeito que vivencia a

transição, se encontra na direção da saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos (Meleis et al., 2000). Os indicadores de uma transição bem-sucedida caracterizam-se por sentir-se e manter-se integrado, num determinado contexto; a interação, dimensão do autocuidado e do ser cuidado; o desenvolvimento da confiança e *coping* (Meleis et al., 2000). O sentir-se ligado, nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem colocar questões e esclarecer dúvidas, são outro indicador importante de uma experiência positiva (Meleis et al., 2000).

De forma a alcançar um processo de transição saudável, numa perspetiva de uma prática da Enfermagem mais humanizada, com saber científico, partilha e de uma forma holística, o enfermeiro precisa de conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no seu ciclo vital, mostrando-se consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade (Meleis, 2010).

O processo de transição é único, quer pelas variáveis pessoais, quer pelas contextuais, pelo que só é suscetível de compreensão na perspetiva de quem o experiencia (Mendes, Bastos & Paiva, 2010). Do enfermeiro espera-se o desenvolvimento de uma relação de ajuda, com compreensão dos significados e experiências que o cliente concede ao seu percurso, uma vez que é a principal fonte de informação (Collière, 1989).

O enfermeiro pode influenciar o processo de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais (Meleis et al., 2000). Deverá ter uma visão interpretativa centrada nas experiências subjetivas, que inclui a interpretação e compreensão das necessidades individuais das pessoas, considerando as suas escolhas, os seus valores e os seus propósitos (Meleis, 2007).

Pelas consequências que as transições têm na saúde dos clientes, constituem um foco para a Enfermagem. A prevenção da instabilidade, inclui conhecer os padrões de respostas em vez de respostas individuais, reconhece as situações críticas e de vulnerabilidade durante as transições (Meleis, 2010). São, assim, imprescindíveis as terapêuticas de Enfermagem que têm como intuito favorecer resultados positivos à saúde e impedir consequências negativas (Meleis, 2010), compreendidas como uma ação preventiva ao longo do processo de transição, antecedida pela compreensão do mesmo; tal proporcionará conhecimento

e *empowerment*, conduzindo ao restabelecimento do bem-estar, pelo desenvolvimento de cuidados de Enfermagem adequados às experiências únicas dos clientes e famílias (Meleis, 2010).

As intervenções de Enfermagem deverão ser implementadas ao longo do processo de transição, incluindo a disponibilidade, o esforço multidisciplinar para uma compreensão abrangente da pessoa e a educação para uma preparação adequada, com tempo suficiente para a gradual assunção das novas responsabilidades e o desenvolvimento de novas habilidades da pessoa que experiencia a transição (Meleis, 2010).

1.2.1. Parentalidade como Transição

A parentalidade, de acordo com a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), envolve quatro dimensões, sendo elas o assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; a otimização do desenvolvimento e crescimento da criança; a integração da criança na família; e, o agir de acordo com os comportamentos que são esperados de alguém que é mãe/pai (*International Council of Nurses [ICN]*, 2018).

A transição para a parentalidade implica mudanças a vários níveis, como psicológico, social e biológico, garantindo o desenvolvimento e exercício da parentalidade (Figueiredo, 2021). A resolução das tarefas na parentalidade, assegurando a prestação de cuidados apropriados ao bebé com mestria, por ambos os pais, dá lugar a uma transição desenvolvimental (Figueiredo, 2021).

Tornar-se mãe ou tornar-se pai, é um processo cognitivo e social que, mais do que natural e intuitivo, é um processo aprendido (Mercer, 2006). É uma transição especialmente crítica, pelo seu carácter irreversível do compromisso assumido e pelas suas repercussões que podem ter impacto ou não na saúde dos pais, como também, na saúde e desenvolvimento das crianças (Brazelton, 2018). Um dos grandes desafios de um progenitor, é criar e educar uma criança, e nem todos os pais experienciam este processo devidamente apoiados, podendo comprometer o seu desempenho (Martins, 2013).

Na transição para a parentalidade é importante que os pais ajustem os objetivos e responsabilidades pessoais e familiares, e reorganizem a identidade e sentimentos sobre si próprios, reconhecendo a necessidade de incorporar novos

comportamentos e atitudes na sua vida (Cardoso, 2011). Estes, ao longo do processo de transição, devem adquirir habilidades e conhecimentos que facilitem a articulação das competências, de forma a dar resposta às necessidades que se vão naturalmente redefinindo ao longo da parentalidade, crescimento e desenvolvimento da criança (Li et al., 2013; Wilson et al., 2014; Pear et al., 2015; Hockenberry, 2018).

A transição para a parentalidade exige tempo para a incorporação de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades necessárias às ações e decisões quanto às tarefas parentais, de modo que possam desenvolver confiança nas suas próprias capacidades e consigam resolver as situações, obtendo uma satisfação no desempenho do papel e perceção de eficácia (Meleis et al., 2000; Mercer, 2004). O desempenho, com perícia, das competências parentais não é esperado na fase inicial da transição (Meleis et al., 2000).

O processo de transição dá-se até que os cuidados ao filho deixem de ser imprevisíveis ou desconhecidos (Pridham & Chang, 1992), findando quando a mãe/pai desenvolvem sentimentos de confiança, bem-estar e mestria no desempenho do papel (Lowdermilk & Perry, 2009). Este, é fortemente influenciado pelo desenvolvimento da criança (Soares, 2011; Hockenberry, 2018), existindo pontos ou eventos críticos que podem acrescentar dificuldade, complexidade e desafios ao exercício parental, originando vulnerabilidade e *stress* parental, tendo como exemplo a transição entre etapas desenvolvimentais, a disciplina, problemas de comportamento e criação de limites, assim como a adaptação ao infantário (Liu et al., 2012; Martins, 2013), marcos determinantes do desenvolvimento do *toddler*, apresentados no subcapítulo seguinte.

1.3. Desenvolvimento da Criança - Importância dos primeiros anos de vida

Nos últimos 25 anos do século XX, a investigação foi centralizada no desenvolvimento da infância, dos 0 aos 3 anos de vida, compreendendo-se que o mundo dos bebés é muito mais rico e as suas capacidades mais fascinantes do que se pensava anteriormente (Papalia & Feldman, 2013). Sendo um direito humano permitir que as crianças alcancem o seu pleno potencial de desenvolvimento (UNICEF, 2019).

O desenvolvimento humano é estudado nas dimensões física, cognitiva e psicossocial (Papalia & Feldman, 2013), num processo contínuo e dinâmico em que o aparecimento das diferentes funções surge por uma ordem constante, sendo que a passagem de um estágio para outro varia de criança para criança, assim como a idade do aparecimento das aquisições (DGS, 2013).

Segundo Brazelton (2018), o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional, parece seguir uma linha irregular com altos e baixos e fases estacionárias, desenvolvendo-se em múltiplas direções, nem todas em simultâneo. É influenciado pela vida emocional, pelo ambiente, e pelo desenvolvimento neurobiológico, com as diferenças fisiológicas individuais (Brazelton, 2018), sendo que os vários aspetos do desenvolvimento não ocorrem isoladamente, afetando-se mutuamente (Papalia & Feldman, 2013).

A WHO (2014) menciona o rápido desenvolvimento do cérebro nos primeiros anos de vida de uma criança, em que a troca contínua entre os genes e o ambiente (onde as crianças nascem, crescem, aprendem e vivem) moldam o cérebro em desenvolvimento. Nestes anos críticos são promovidas as bases para a saúde física, mas também mental da criança, afetando a sua longevidade, a capacidade de aprender ao longo da vida, a capacidade de adaptação às mudanças, indo até à capacidade de resiliência em circunstâncias adversas (WHO, 2014).

Os três primeiros anos são os mais críticos na arquitetura cerebral, onde as primeiras experiências que aprovizionam a base para o desenvolvimento organizacional do cérebro, têm impacto direto sobre a maneira como as crianças desenvolvem habilidades de aprendizagem, sociais e emocionais, sendo que qualquer perturbação no ambiente e/ou na criança terá um impacto fundamental na aquisição das competências cognitivas e motoras (Organização Mundial da Saúde [OMS] et al., 2018).

Segundo o *Center on the Developing Child* (2021) o que ocorre na primeira infância irá influenciar toda a vida da criança, sendo que, de forma a garantir a promoção de um desenvolvimento saudável, a ciência mostra-nos que é necessário proteger e oferecer à criança relacionamentos responsivos, responsáveis, estimulantes e ricos em experiências de aprendizagem, que irão trazer benefícios permanentes para o seu comportamento e para a sua saúde física e mental. Por outro lado, o stress continuado com origem nas adversidades significativas, como a pobreza extrema, o abuso ou negligência, podem debilitar o desenvolvimento da

arquitetura cerebral, colocando o sistema corporal em permanente estado de alerta, aumentando os riscos de doenças crônicas (*Center on the Developing Child*, 2021).

Para que a criança cresça e aprenda é necessário apresentar requisitos essenciais na satisfação das necessidades de relações afetivas contínuas; de proteção física, segurança e disciplina; de experiências ajustadas às diferenças individuais; de experiências próprias ao desenvolvimento; do estabelecimento de limites, expectativas e organização; de comunidades de apoio estáveis assim como de continuidade cultural; e de proteção do futuro (Brazelton, 2018).

Segundo Sharma e Cockerill (2014), o trajeto do desenvolvimento infantil é caracterizado por marcos físicos do crescimento, mas também pelo cumprimento de tarefas-chave, sendo um processo dinâmico, explicado por perspectivas psicossociais, cognitivas, motoras e psicosssexuais. A criança em idade *toddler* vive um período de intensa exploração do ambiente, tentando perceber como as coisas funcionam e como pode controlar os outros através de passagens de negativismo, mau-humor e teimosia (Rodgers, 2018). É um período importante para a conquista do desenvolvimento intelectual e motor, sendo a principal habilidade motora grossa o desenvolvimento da locomoção, evidenciando as suas habilidades motoras grossas e finas em todas as fases da sua atividade, como nos jogos e brincadeiras, no vestir-se, na compreensão da linguagem, na reposta à disciplina, na interação social e na propensão a lesões (Rodgers, 2018). Nesta idade ocorre também uma transformação, não apenas através das competências cognitivas e físicas, mas também pela forma como a criança irá expressar a sua personalidade e interagir com os outros, lidando com o crescimento da autodeterminação, da autonomia e da interiorização de regras de comportamento (Papalia & Feldman, 2013).

O conhecimento atual reflete a complexidade do desenvolvimento infantil, tal como as variações daquilo que poderá ser considerado um desenvolvimento normal. Este, surge como foco dos cuidados de Enfermagem, sendo definido na CIPE®, como o “crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância” (ICN, 2018, p.48).

O ambiente humano, físico, político, económico, cultural e/ou organizacional, irá proporcionar estímulos à criança, devendo salvaguardar-se que este seja promotor de saúde oferecendo a sustentação emocional e os cuidados à criança, para além da promoção da sua independência e desenvolvimento (Regulamento n.º 351, 2015).

Perante o conhecimento destes fatores, cabe-nos intervir assegurando que os ambientes das crianças providenciem condições necessárias para que os seus sistemas desenvolvam o máximo do seu potencial de desenvolvimento, assim como o melhor nível possível de saúde. Nas CVSIJ são efetuadas intervenções que visam a concretização destes objetivos, tendo em vista a obtenção ininterrupta de ganhos em saúde na criança. Para tal, o PNSIJ, apresenta orientações de parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios, no *toddler*, idade compreendida entre os 13 e 36 meses (DGS, 2013).

A qualidade da relação pais-criança e as competências parentais, têm sido apreciadas como fundamentais ao desenvolvimento infantil adequado, sendo os primeiros anos de vida primordiais, pelo que se irá abordar no subcapítulo seguinte a sua importância.

1.3.1. Competências Parentais na Promoção do Desenvolvimento Infantil

Os pais têm o dever e a responsabilidade de cuidar, proteger, socializar e educar a criança, apoiando a promoção do seu desenvolvimento psicossocial e cognitivo, devendo constituir-se como modelos emocionais, passar pensamentos e modelar comportamentos emocionalmente saudáveis, com a valorização das especificidades, características e autonomia dos seus filhos, sendo que as oportunidades para um desenvolvimento pleno estão dependentes do contexto familiar no qual a criança cresce e se desenvolve (Coutinho, 2004; Dadam 2011).

O estudo da parentalidade pretende analisar de que forma os pais têm influência no desenvolvimento da criança, sendo um conjunto de ações executadas por estes ou substitutos, que junto dela contribuem para a promoção do seu desenvolvimento o mais global possível (Cruz, 2013). A parentalidade é também considerada por alguns autores, como a função familiar mais desafiante, complexa e com maiores responsabilidades da vida adulta, é concebida como um conjunto de atividades que asseguram a sobrevivência e influenciam o desenvolvimento da criança, num ambiente estruturado, promovendo a sua autonomia e socialização (Darling, 1999; Coutinho, 2004; Hoghughi, 2004; Dadam, 2011; Cruz, 2013).

A função parental, inerente à parentalidade, apresenta, segundo Cruz (2013), cinco funções, que vão desde a satisfação das necessidades básicas da criança; necessidades de afeto, segurança e confiança; a promoção de um meio ambiente

estimulante e positivo que favoreça a autoaceitação e a satisfação de necessidades de interação social, harmonizando com supervisão e disciplina e integração na comunidade; necessidades na compreensão cognitiva da realidade extrafamiliar; e à disponibilização de um ambiente estruturado, previsível e organizado (Cruz, 2013).

Um dos elementos determinantes do bem-estar, saúde e desenvolvimento da criança é a qualidade da parentalidade, com uso dos recursos de que dispõe dentro e fora da família, assim como na comunidade (Figueiredo, 2021).

O impacto que um filho tem na família não se limita ao momento do seu nascimento, mas ao longo do seu ciclo de vida; sendo esta uma condição permanente, está também em constante mutação, em que cada estágio de desenvolvimento exige aos pais adaptações nas suas expectativas, comportamentos, sentimentos e preocupações (Leal & Maroco, 2010).

Neste período, são também estabelecidas as bases do desenvolvimento intelectual, emocional e moral, no qual a família desempenha quase a totalidade das funções de socialização e cuidados psicoafectivos (Brazelton, 2018).

São determinantes nos primeiros anos de vida da criança, a sensibilidade dos pais às suas necessidades psicológicas e físicas, percebendo e compreendendo os sinais comportamentais da criança, elemento primordial, para o desenvolvimento de uma vinculação segura ou segurança básica, possibilitante da exploração do ambiente por parte da criança (Bowlby, 1988). Melhores resultados e trajetórias no desenvolvimento da criança estão associadas a esta sensibilidade dos pais durante a infância (Belsky & Fearon, 2002). Bem como à interação pais-bebê, enquanto processo que afeta o crescimento e desenvolvimento da criança, devendo assentar no pressuposto de que os cuidados à criança devem ser prestados em forma de amor, proteção e estímulo, preservando-se o crescimento e desenvolvimento da mesma (Casey, 1988).

Foram também estudados os processos envolvidos no tornar-se mãe e pai, e os papéis parentais na teoria de médio alcance, Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010). Esta nova etapa do ciclo de vida, envolve o ajustamento a um conjunto de mudanças e redefinições de papéis quer pessoais como sociais, constituindo uma transição para cada elemento da família que se prepara para redefinir papéis, mas também relações, rotinas quotidianas e adquirir competências que lhes permitam cuidar do novo membro (Meleis, 2010). O exercício da parentalidade, constitui-se assim, um foco de atenção da Enfermagem, uma vez que

as respostas às mudanças podem manifestar-se em aspectos significativos para a saúde e podem ser orientadas e apoiadas pelo enfermeiro, que tem a missão de facilitar as transições que as pessoas vivem ao longo da vida (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Caracterizando a parentalidade como um processo enquanto transição, destaca-se a necessidade dos pais desenvolverem as competências parentais para o exercício com mestria do papel parental e as intervenções dos enfermeiros como um recurso para a promoção da transição saudável.

As competências parentais, são consideradas pelos autores Cardoso, Silva e Marín (2015), como os conhecimentos, habilidades e atitudes dos pais para o desenvolvimento do seu filho, colocadas em ação nos cuidados que prestam. Na promoção da parentalidade, estas competências, são entendidas como a compreensão que os pais têm sobre o desenvolvimento do seu filho e a familiaridade que têm com as tarefas parentais, estando relacionadas com as suas decisões à volta dos cuidados, conseguindo estes avaliar e interpretar os comportamentos da criança, com o seu desempenho nas tarefas parentais e com a interação com o seu filho (Ribas Jr & Bornstein, 2005; Ribas Jr, Moura & Bornstein, 2007; Cardoso, Silva & Marín, 2015). Os enfermeiros desempenham um papel importante no aconselhamento e educação dos pais, sendo da sua competência avaliar, nas consultas de Enfermagem, o crescimento, nível de desenvolvimento e estado de saúde da criança (OE, 2010).

A capacitação dos pais para o exercício da parentalidade é o principal objetivo da educação parental, surgindo como estratégia de intervenção junto das famílias, com o intuito de reforçar e desenvolver as competências parentais (Simões & Pereira, 2012).

A intervenção do enfermeiro é fundamental, na maximização da saúde da criança, dando ênfase à satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento, não podendo esta ser dissociada da sua família, uma vez que se encontra dependente dos seus cuidados e da sua intervenção para a supressão das suas carências, com o objetivo do seu crescimento e desenvolvimento saudável até à aquisição de novas habilidades e conhecimentos que lhe irão permitir tornar-se progressivamente mais independente e autónoma (Regulamento nº 351, 2015).

É fundamental que os enfermeiros apoiem os pais nas transições do ciclo de vida e que dinamizem intervenções que facilitem a parentalidade, dotando-os de

competências parentais e conhecimentos que permitam cuidar dos seus filhos na promoção do desenvolvimento infantil (Cardoso, 2011). Os enfermeiros deverão dominar e aplicar conhecimentos científicos dos diferentes domínios do desenvolvimento cognitivo, motor, físico, social e moral, assim como intervir nos seus determinantes, justificando que as intervenções promotoras do desenvolvimento infantil recaiam, em parte, na capacitação dos pais, apoiando-os na transição para esse papel com várias exigências e desafios (Cardoso, 2011). É esperado que os pais, para cada estágio do desenvolvimento da criança, detenham habilidades, conhecimentos e assumam atitudes que possibilitem dar resposta às necessidades dos seus filhos, ajudando-os a superar dificuldades naturais e a alcançar as metas desenvolvimentais (Sousa, 2014). O desenvolvimento do exercício da parentalidade é favorecido quando o profissional de saúde intervém de forma a aumentar o nível de conhecimentos e de motivação das famílias, tornando possível que os pais e famílias assumam a parentalidade, como direito e dever, promovendo e facilitando o exercício da parentalidade (DGS, 2013). A promoção das competências parentais é uma área de atuação do EESIP, enquadrando-se nos domínios das suas competências específicas (Regulamento n.º 422, 2018).

Pais que recebem um bom apoio emocional assim como oportunidades para experimentarem aprendizagens de atitude e de desenvolvimento conceptual podem tornar-se pais mais autónomos e competentes na estimulação do desenvolvimento dos seus filhos (Barros, 2001). Torna-se fundamental o investimento crescente na intervenção educacional justificado pelo reconhecimento do impacto da parentalidade no desenvolvimento e equilíbrio das crianças (Brazelton, 2018).

Como estratégias promotoras de educação parental e parentalidade positiva, com privilégio nos fatores de proteção para o desenvolvimento positivo do papel parental, são referidos os cursos de preparação para o nascimento, a educação para a saúde e o fornecimento de informação acerca do desenvolvimento infantil (Daly & Abela, 2007). É da competência do enfermeiro a capacitação das famílias facultando-lhes oportunidades para adquirirem e desenvolverem competências que ajudem a suprimir as necessidades dos seus filhos, promovendo as habilidades, forças e ações da família (Hockenberry, 2018). Os cuidados antecipatórios promotores das capacidades parentais, deverão centrar-se na preparação e conhecimento, promovendo condições facilitadoras para as transições saudáveis, nomeadamente na parentalidade e no desenvolvimento infantil (Meleis, 2010).

2. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Neste capítulo é apresentada a problemática estruturante e transversal ao percurso formativo e a todos os contextos de estágio. Começar-se-á por clarificar a importância dos contextos e interações positivas na promoção do desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, e o papel dos pais como principal influência para o desenvolvimento das crianças. Concluir-se-á com o mapeamento das principais intervenções para a promoção da parentalidade e desenvolvimento das crianças em idade *toddler*.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas Base de Dados Cinhal, Medline e Cochrane utilizando a plataforma de pesquisa EBSCO, no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e em literatura publicada, tendo o Protocolo da *Scoping Review* (Apêndice II), realizado aquando do projeto de estágio, permitido orientar a pesquisa efetuada no que se refere às intervenções promotoras das competências parentais na promoção do desenvolvimento do *toddler*.

A comunidade científica e várias organizações, referem como prioridade a intervenção nos primeiros anos de vida da criança, como a WHO (2014, 2018, 2020), OMS & UNICEF (2018), OMS et al. (2018), UNICEF (2019), *National Scientific Council on the Developing Child* (2004), Center on the Developing Child at Harvard University (2021). A evidência científica demonstra também a importância dos primeiros anos na aprendizagem ao longo da vida, denotando-se um forte investimento na investigação rigorosa na área das neurociências, convergindo de forma notável nos princípios ao desenvolvimento humano (Carvalho et al., 2016).

Segundo o *Harvard Center on the Developing Child* (2016), o cérebro e o comportamento perdem capacidade para se modificar ao longo do tempo, reduzindo a sua capacidade de reorganização e adaptação, devendo-se este facto à plasticidade neural. A influência sobre o desenvolvimento da arquitetura cerebral é mais fácil e eficaz na infância, do que na fase adulta (*Harvard Center on the Developing Child*, 2016). A qualidade do ambiente, bem como a oferta de experiências adequadas à criança nos primeiros anos de vida, e nos momentos certos do desenvolvimento, poderão ser cruciais na determinação da fraqueza ou força da estrutura e função cerebral (Carvalho et al., 2016).

A qualidade do ambiente, bem como a oferta de experiências adequadas à criança nos primeiros anos de vida, nos momentos certos do desenvolvimento,

poderão ser cruciais na determinação da fraqueza ou força da estrutura e função cerebral (Carvalho et al., 2016). Deverá haver um foco na promoção de contextos desenvolvimentais adequados para as crianças, considerados os que são simultaneamente adequados ao seu estágio de desenvolvimento e às suas características, de forma a prevenir uma diversidade de problemas e potenciar-se o seu desenvolvimento (Biglan et al., 2012).

Segundo Bronfenbrenner (1979), a família é a principal estrutura organizadora do desenvolvimento da criança, sendo através da interação com os seus cuidadores, que a criança desenvolve ideias sobre si própria, sobre os outros e o mundo. Os laços criados entre a criança e família, são facilitados por interações carinhosas, estimulantes e consistentes, num processo de vinculação, que conduz ao desenvolvimento de confiança, bem-estar e empatia (Carvalho et al., 2016).

A estrutura familiar é um elemento-chave no contexto da saúde infantil para a promoção do desenvolvimento, uma vez que a família desempenha, nos primeiros anos de vida da criança, a maioria das funções de satisfação das necessidades básicas, como a alimentação, sono e higiene; de socialização e de necessidades afetivas (Brazelton, 2018). A família é uma unidade capaz de proporcionar à criança diferentes experiências e oportunidades de aprendizagem no seu dia-a-dia. A qualidade destas, têm um impacto considerável no seu desenvolvimento, independentemente dos brinquedos e materiais de que a criança disponha, ou até dos serviços terapêuticos que frequente (Mahoney & MacDonald, 2007).

Também os autores Mahoney e MacDonald (2007), referem razões que justificam a influência primordial dos pais e/ou cuidadores no desenvolvimento da criança, referindo: a relação de afeto e vinculação estabelecida que ninguém consegue substituir; a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, num processo contínuo, que pode ocorrer nas situações do dia-a-dia em que esteja envolvida; e os pais terem mais oportunidades, do que outros adultos ou profissionais, para interagir e promover o desenvolvimento da criança.

Crescer em ambientes calorosos e responsivos, com experiências positivas, revela-se fundamental para um desenvolvimento cerebral saudável (Sanders & Mazzucchelli, 2018); enquanto ambientes negligentes, empobrecidos ou abusivos, podem levar a dificuldades no desenvolvimento da aprendizagem, empatia, regulação das emoções ou no desenvolvimento das competências sociais, aumentando o risco de problemas de saúde mental, comportamento antissocial,

agressividade ou dificuldades relacionais (Carvalho et al., 2016). Também os autores Sanders e Mazzucchelli (2018) e Shonkoff (2012), afirmam que crescer em condições de toxicidade familiar como a exposição a violência física e maus-tratos, e a pobreza crônica, perturbam o normal curso do desenvolvimento, aumentando o risco de problemas de aprendizagem, comportamento e saúde física e mental.

Desta forma, para se conseguir promover o desenvolvimento e bem-estar social e emocional da criança, o profissional deve dirigir o seu cuidado e esforços, para além da criança, em ajudar os pais a apoiarem o desenvolvimento dos seus filhos (Mahoney & MacDonald, 2007). A base para a intervenção nas famílias será ajudar e apoiá-los a sentirem-se competentes e capazes, para que desta forma consigam influenciar positivamente a educação e o desenvolvimento da criança (Trivette, Dunst & Hamby, 2010).

A evidência científica revela também que programas para o desenvolvimento da primeira infância, com o envolvimento e educação dos pais/cuidadores na estimulação dos seus filhos, podem melhorar a vigilância e promoção do desenvolvimento infantil, aumentando a consciência dos pais e a discussão sobre os marcos do desenvolvimento (Jeong et al., 2016; Gadomski et al., 2018; Xiong, Deng & Li, 2020; Boivin et al., 2020; Saitadze, 2021). Por outro lado, a falta de envolvimento dos pais no estímulo do desenvolvimento infantil, é associada a elevadas taxas de atrasos no desenvolvimento e subutilização dos profissionais como fonte de informação, tal como referido no estudo de Yue et al. (2019), que dá como exemplo, os pais que raramente contam histórias, cantam ou usam brinquedos para brincar com os seus filhos. Noutro estudo é demonstrado que programas de estimulação, interação e motivação com crianças na primeira infância, têm efeitos positivos na área motora, linguagem, desenvolvimento cognitivo e social e nas práticas parentais, bem como na qualidade das relações com os pais e cuidadores de crianças (Zhang & Chan, 2019).

Quanto às estratégias a utilizar, segundo a revisão sistemática desenvolvida por Aboud e Yousafzai (2015), relativamente a programas de intervenção precoce, demonstrou que as visitas domiciliárias e sessões de grupo revelam uma elevada eficácia, quanto à capacitação parental para o desenvolvimento da criança.

Foram também encontrados vários estudos que reforçam a necessidade do apoio aos profissionais na sua atualização com novos conhecimentos, aquisição de habilidades e utilização de práticas baseadas em evidência na área da promoção do

desenvolvimento infantil (National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network, 2000; Sheridan et al., 2009; Zhang & Chan, 2019; Mortensen & Barnett, 2015, 2019;) sendo que estes resultados não são tão evidentes no investimento que deve ser realizado na formação dos profissionais da área da saúde, para melhorar as respostas à promoção das competências parentais e consequentemente à promoção do desenvolvimento infantil harmonioso.

É ainda preconizado pelo PNSIJ, a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, possibilitando a igualdade de oportunidades para o desenvolvimento de todas as crianças (DGS, 2013). A CVSIJ é um momento privilegiado para a avaliação, do desenvolvimento infantil, permitindo ao EESIP, a identificação precoce de alterações e uma intervenção atempada junto da família, com a implementação de estratégias promotoras e/ou preventivas de alterações do desenvolvimento infantil, dotando os pais dos conhecimentos necessários ao melhor desempenho, especificamente na promoção e proteção dos direitos da criança, e ao exercício da parentalidade (OE, 2010).

As intervenções para a capacitação dos pais na promoção do desenvolvimento dos seus filho, deverão dirigir-se na ajuda e apoio à família no desenvolvimento destes, promovendo o seu empoderamento, o envolvimento e educação dos pais/cuidadores na sua estimulação; promovendo a qualidade do ambiente, assim como a oferta de experiências adequadas à criança; promovendo os contextos desenvolvimentais adequados, facilitados por interações carinhosas, estimulantes e consistentes; o desenvolvimento de programas para o desenvolvimento da primeira infância e de estimulação, interação e motivação; bem como visitas domiciliárias e sessões de grupo dirigidas às famílias.

O enfermeiro, com competências para assistir e cuidar da criança e família em todas as suas etapas do desenvolvimento, com intervenções nos diferentes contextos de saúde-doença, trabalha em parceria com a criança e família, avaliando a estrutura familiar e planeando os seus cuidados em conjunto com estas, identificando as suas necessidades, validadas, num processo de flexibilidade e abertura, capacitando-os com conhecimentos e experiências no cuidado a si próprio e na gestão dos seus sentimentos e transições de vida (Meleis, 2011).

Torna-se assim pertinente o estudo desta problemática visando a melhoria das práticas clínicas, no sentido de um contínuo investimento na qualidade dos cuidados de Enfermagem, com base na evidência científica.

3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O capítulo organiza-se em torno dos objetivos desenhados no projeto de estágio e que orientaram as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, que serão descritas e analisadas neste relatório.

O estágio constitui-se como um elemento estruturante do percurso formativo, proporcionando uma oportunidade de desenvolvimento através da aprendizagem experiencial num processo clínico-reflexivo baseado na ação, na interação e na reflexão (Alarcão & Rua, 2005).

A diversidade e complexidade crescente das atividades levadas a efeito nos diferentes contextos clínicos e a reflexão sobre a ação, possibilitaram a integração da teoria na prática e a aquisição de novos conhecimentos, capacidades e atitudes. Simultaneamente possibilitou também o desenvolvimento das capacidades de investigação, de raciocínio crítico e argumentação em torno de um problema, transformando o que já nos era conhecido num processo de aprendizagem contínua (Shön, 1992; ESEL, 2019) para o desenvolvimento de competências especializadas na área da saúde infantil e pediatria (Regulamento n.º 422, 2018).

3.1. Metodologia

Como metodologia, elaborou-se e implementou-se o projeto de estágio, refletindo criticamente sobre a prática clínica nos diversos contextos. Esta metodologia, critico-reflexiva, bem como a prática clínica, contribuíram para uma prestação de cuidados de Enfermagem especializados, numa perspetiva holística, dirigida à criança, jovem e família.

A metodologia de projeto, enquanto estratégia formativa, permite a concretização de uma intenção com uma finalidade, uma vez que prevê objetivos a atingir. O projeto surge como um plano de trabalho organizado, de forma a estudar e/ou resolver um problema que preocupa o interveniente que o irá realizar (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010). Segundo os autores, a primeira etapa é o diagnóstico de

situação, que tem como objetivo a elaboração de um mapa cognitivo, um modelo que descreve a realidade sobre a qual se pretende agir e mudar.

A prática reflexiva assume especial importância na aprendizagem profissional na Enfermagem, como uma habilidade imprescindível no contexto clínico, princípio para o desenvolvimento de profissionais críticos e autônomos e contribuindo para a sua autoconsciência e prestação de melhores cuidados, com atitudes reflexivas no pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

A metodologia adotada visou espelhar a reflexão na e sobre a prática, facilitando o desenvolvimento das competências, com projeção para o futuro enquanto profissional, não cessando com a elaboração do relatório.

Considerando a finalidade do projeto, o percurso formativo e a experiência profissional, assim como as competências comuns e específicas do EE e de Mestre (Regulamento n.º 422, 2018; Regulamento n.º 140, 2019; Decreto-Lei n.º 65, 2018), foram definidos três objetivos gerais transversais aos contextos de estágio, com os objetivos específicos respetivos:

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança e família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos específicos:

a) Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e processos saúde doença;

b) Promover o desenvolvimento infantil, intervindo junto das famílias aos três níveis de prevenção: primária secundária e terciária;

c) Prestar cuidados na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, em situações de especial complexidade, nos diferentes contextos;

d) Desenvolver práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil, nos diferentes contextos.

2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e elevado grau de qualidade, na promoção das competências parentais.

Objetivos específicos:

a) Aprofundar conhecimentos sobre a parentalidade e a capacitação parental;

b) Promover as competências parentais na promoção do desenvolvimento infantil.

3. Desenvolver competências para gerir os cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos visando a melhoria contínua da qualidade.

Objetivos específicos:

- a) Atuar como formadora no contexto profissional, facilitando a aprendizagem dos pares;
- b) Desenvolver práticas na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão integrada no Processo de Enfermagem.

3.2. Descrição das Atividades Desenvolvidas

De forma a adequar os objetivos e as atividades a cada contexto, foram realizados guias orientadores das atividades de estágio, ajustados ao contexto, e que foram apresentados e discutidos com a professora orientadora e o EO de cada local de estágio. Os objetivos específicos e as atividades foram reformuladas e adaptadas à realidade de cada contexto, pelas necessidades que surgiram das experiências vivenciadas, pela minha necessidade de desenvolvimento de competências de EE e EESIP e por condicionantes específicas da atual situação pandémica pelo vírus SARS-Cov-2.

Em todos os contextos de estágios desenvolvi atividades comuns aos objetivos delineados no projeto de estágio, pretendendo apropriar-me da dinâmica organizacional, estrutural e funcional, negociando e adaptando o mesmo à realidade encontrada em cada contexto.

Integrei-me na equipa multidisciplinar com observação e colaboração ativa nas intervenções realizadas, valorizando a abordagem holística e humanizada na prestação de cuidados, reconhecendo a família como parceira dos cuidados, enquadrando na prestação de CCF e CNT.

De forma a facilitar a exposição das atividades desenvolvidas e o progressivo desenvolvimento de competências, resultantes das experiências vivenciadas e do processo crítico-reflexivo, optei por subdividir as atividades consoante os objetivos gerais delineados, sendo apresentadas nos subcapítulos seguintes.

3.2.1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança e família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

O enfermeiro, de acordo com Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009), com vista à excelência do seu exercício, tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, tendo por base a formação permanente aprofundada nas ciências humanas.

Para o **aprofundamento de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e processos saúde-doença**, senti necessidade de realizar pesquisa aprofundada, sobre as doenças comuns na criança e jovem, em bases de dados com a recente evidência científica, fazendo sínteses durante a formação teórica, de forma a mobilizar estes conhecimentos na prestação de cuidados à criança e família, prevenindo complicações e promovendo a sua saúde (unidade de competência E1.2. - E1.2.1.). Com a realização das sínteses, foi-me possível, com base no conhecimento adquirido, ter um olhar mais atento na identificação das doenças e das evidências fisiológicas ou emocionais de mal-estar da criança e família; permitindo-me referenciar crianças que necessitavam de cuidados de outros profissionais, ou outros enfermeiros especialistas, quer em contexto de CSP, quer em ambiente hospitalar e CDC (unidade de competência E1.2. - E1.2.2.; E1.2.3.).

Planeei atividades para promover o envolvimento dos pais no cuidado aos seus filhos, tendo sentido a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento do RN e deste internado numa UCIN (unidade de competência E1.1.). Consultei as normas, protocolos e projetos em desenvolvimento nos vários contextos de estágio.

Nos CSP, no desenvolvimento das competências para a prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade à criança e família em crescimento e desenvolvimento, mobilizei conhecimentos e realizei pesquisa; avaliando o crescimento e desenvolvimento infantil; e transmitindo orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, tendo como linhas orientadoras o PNSIJ da DGS (DGS, 2013).

Mobilizei conhecimentos relacionados com técnicas não farmacológicas e distrativas na prevenção da dor e usadas em procedimentos invasivos/dolorosos. Recorri a estas estratégias em várias situações da prática clínica, nos vários contextos de estágio, como o uso do brincar, do relaxamento, da distração, autocontrolo com respiração profunda, e o reforço positivo antes, durante e após os procedimentos (Hockenberry, 2018).

No controlo e gestão da dor, a diferença nos cuidados de Enfermagem prestados com conhecimento e habilidades próprios, dirigidos na sua

especificidade/individualidade e de forma criteriosa, são responsáveis por mudanças na terapêutica farmacológica, assim como nas altas precoces, sendo os enfermeiros aqueles que detêm maior impacto no quotidiano experimentado (Askin & Wilson, 2014). Foram várias as situações em que mobilizei estes conhecimentos e tive, conjuntamente com a EO, que decidir o momento ideal de realizar a higiene do RN, a necessidade de fazer contenção mesmo durante uma pesagem, embalar ou cantar para fomentar o sono/adormecer o bebé de uma forma mais tranquila, assim como o acordar, ou até protelando algumas atividades para permitir o sono do RN (Altimier & Phillips, 2013).

Através do comportamento e respostas físicas do RN é possível compreendê-lo na sua individualidade, as suas competências, vulnerabilidades e limites (Askin & Wilson, 2014). A nossa observação metódica deve realizar-se em momentos distintos quer durante os procedimentos ou durante o período de sono/vigília, tornando-se um instrumento útil no planeamento de cuidados, flexíveis e ajustados em cada momento, sendo crucial para a nossa intervenção o conhecimento dos padrões normais, mas também do padrão individual do comportamento do RN (Askin & Wilson, 2014).

Na **promoção do desenvolvimento infantil, com intervenção junto das famílias**; bem como no **desenvolvimento de práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil**, foram várias as atividades desenvolvidas.

No acolhimento à criança ou jovem e sua família, no SUP, verifiquei que é iniciado no primeiro contacto que o enfermeiro tem com estes, na sala de triagem. Ao longo do estágio tive oportunidade de observar e colaborar na aplicação da Triagem de *Manchester*, onde, para além de ser compreendida a prioridade da situação clínica da criança ou jovem, e o seu devido encaminhamento, é também realizado o acolhimento ao serviço e equipa.

Observei e analisei que, o enfermeiro, sendo um elo fundamental nesta área de intervenção, responsável pela triagem, implica que seja experiente e detenha conhecimentos teórico-práticos para tomar decisões e atuar de forma rápida perante situações complexas, sendo um perito na observação e avaliação da criança. A observação e colaboração na aplicação da triagem, bem como a pesquisa realizada sobre este sistema, permitiram-me aprimorar a capacidade de juízo clínico.

Um exemplo da prática clínica, na triagem de uma criança, com 5 anos de idade, à observação com parafimose e balanite. Foi avaliada com a mobilização de conhecimentos das doenças comuns em idade pediátrica e situações de risco,

sendo transmitida, de imediato, a informação à equipa médica para uma rápida intervenção e encaminhamento.

Complementarmente foram desenvolvidas outras atividades onde observei, colaborei e intervi, em conjunto com a EO, em situações de instabilidade das funções vitais da criança ou jovem e sua família (competências do EESIP E1.2. e E2.1.) e em situações de maus-tratos, negligência e comportamentos de risco, encaminhando e atuando consoante o identificado (unidades de competência E1.2. – E1.2.2. e E1.2.5.). O desenvolvimento destas competências foram facilitadas nos contextos do SUP, IP e UCIN.

Como exemplo, do desenvolvimento destas competências, na colaboração e prestação de cuidados ao RN e sua família, com necessidade de cuidados intensivos neonatais, tive oportunidade, no contexto da UCIN, de participar na apreciação do RN a necessitar de cuidados urgentes e emergentes, observando e colaborando com a EO e outros especialistas, na avaliação e atuação em situações de instabilidade das funções vitais da criança, atuando de acordo com a situação clínica e articulando os cuidados com a equipa multidisciplinar. Foi-me possível observar a extubação de um RN e respetiva passagem para ventilação não invasiva e todos os cuidados inerentes, com a preparação prévia para atuar em caso de eventuais complicações e necessidade de prestar assistência em situação de instabilidade de funções vitais, com a necessidade de observação e vigilância rigorosa após o procedimento. Verifiquei que estas situações acarretam uma forte tensão psicológica e emocional e que o enfermeiro, deverá treinar frequentemente, com estudo, sobre as situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, por não serem uma ocorrência diária, de forma a melhorar a prestação de cuidados.

Refleti, em vários momentos com a EO, sobre as situações de intervenção no RN com necessidade de cuidados intensivos e sua família, tendo sido possível identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico no RN doente ou prematuro.

Para o desenvolvimento de práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento do *toddler*, considero que as atividades planeadas e realizadas permitiram o desenvolvimento das competências específicas do EESIP “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, “E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e “E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.

Nas diversas intervenções, tive oportunidade de promover o desenvolvimento da criança ou jovem, adequando habilidades de comunicação ao estágio de desenvolvimento dos mesmos, como técnicas verbais e não-verbais e tendo igualmente em conta a sua situação clínica. Cantei músicas infantis, dancei, fiz “caretas”, sons de animais, ouvi e contei histórias (unidade de competência E1.1. – E1.1.2. e E3.3.). Desta forma, desenvolvi competências na comunicação, de forma apropriada à criança e família, com respeito pelas suas crenças e cultura, adaptando as técnicas de comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família.

Também no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351, 2015), é reforçado que ao enfermeiro é exigida a criação de uma comunicação efetiva, considerando intervenções nos diferentes domínios de ação: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação de cuidados.

Promovi a amamentação, validando os conhecimentos dos pais, ensinando e instruindo de acordo com as preferências dos mesmos, capacitando-os com conhecimentos, sendo facilitadora da transição para a parentalidade. Apoiei a mãe nas suas dúvidas e preocupações, quer nas vantagens, extração e conservação do leite materno, posição e técnica da amamentação (unidade de competência E3.2 – E3.2.5.).

No contexto dos CSP, numa das situações de cuidados, na primeira consulta de vigilância do RN a mãe apresentava dificuldades na adaptação do filho à mama, sendo necessário colocar mamilos de silicone, extrair o leite (pela sua dificuldade na pega) e dar posteriormente biberão. Avaliei as dificuldades da mãe, observando e ajudando na adaptação do RN à mama, promovendo a ligação mãe-filho e a vinculação. Após duas semanas, na consulta seguinte desta família, a mãe, manifestando a sua alegria e ‘conquista’, referiu que o RN mamava na sua mama, não sendo necessário extrair o leite e dar biberão.

No contexto da UCIN, uma das observações de um pai, enquanto eu promovia o toque nutritivo e terapêutico e o incentivava a falar com o seu filho, foi: “Quando formos para casa eu falo com ele; agora sinto-me com vergonha, há muita gente à volta” sic. Perante esta situação, esperei que estivessem menos pessoas na sala, e noutro momento, enquanto posicionava o RN, fui falando com ele de forma que o pai me observasse e se sentisse à vontade para fazê-lo e a imitar-me.

Verifiquei que, mais tarde, o pai falava muito baixinho com o filho: “Estás bem assim? Estás muito acordado hoje.” sic.

Observei que a equipa de Enfermagem, neste contexto da UCIN, desenvolve várias intervenções para a promoção da vinculação entre o RN e os seus pais, que se pode encontrar comprometida. As suas intervenções são dirigidas à promoção da interação precoce entre os pais e os seus filhos, desde o acolhimento ao serviço (que pode ainda acontecer na UCIN e inclusive com a mãe internada e em estado debilitado) até à preparação para a alta, no contexto da Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

Participei nestas mesmas intervenções (unidade de competência E3.2.), promovendo o conforto do RN através do toque e orientando os pais nesse cuidado. De forma a orientar a intervenção das equipas de uma UCIN, na prestação de cuidados de desenvolvimento aos RN pré-termo, Altimier e Phillips (2013) descrevem sete medidas essenciais que incluem a parceria com as famílias, o ambiente terapêutico, a manipulação e posição, o proteger a pele, o otimizar a nutrição, a proteção do sono e a minimização do stress e da dor.

Observei e promovi igualmente o método Canguru, verificando que este momento se trata de uma das intervenções mais prazerosas para os pais, um método humanista, económico e simples que promove o contacto pele a pele, entre os pais e o seu filho, apresentando vários benefícios, como nos refere Gaspardo et al. (2010): promove o vínculo afetivo, a estimulação do contacto precoce, a regulação térmica do RN, a diminuição da taxa de infeções hospitalares, assim como o tempo de internamento, a estimulação do aleitamento materno e a promoção da confiança e competência dos pais ao cuidarem do seu filho.

Nos vários contextos de estágio, participei nas atividades de avaliação do crescimento do RN (dados antropométricos), e do seu desenvolvimento, colaborando nas atividades promotoras do seu desenvolvimento. Atividades fortemente realizadas no contexto dos CSP (unidade de competência E3.1.).

Importa salientar a minha experiência profissional de dez anos, neste contexto, que com a mobilização do saber adquirido pela experiência, foi facilitadora do desenvolvimento das competências de EESIP. Foi-me possível aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso profissional, onde partilhei com a restante equipa o meu saber e experiências, contribuindo para enriquecer a minha prática clínica de novas e diferentes experiências pessoais e profissionais.

Avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem no contexto das CVSIIJ, recorrendo à Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* Modificada (EADMSM), segundo o PNSIJ (DGS, 2013), avaliada e registada no programa SClínico®. Realizei também, neste contexto, exames globais de saúde, aos 5 anos, de acordo com o PNSIJ, pretendendo desta forma desenvolver a competência específica de EESIP, colaborando na intervenção em programas no âmbito da saúde escolar (unidade de competência E1.1. - E1.1.8.).

No CDC, pela observação e entrevistas exploratórias com a EO, e outros profissionais da equipa, constatei que a área de atuação do EESIP, insere-se essencialmente na promoção da saúde da criança e família com doença crónica e alterações do desenvolvimento. Numa perspetiva de CCF, o enfermeiro assume um papel preponderante no âmbito da identificação, planeamento e avaliação da unidade familiar, na elaboração e execução do plano de cuidados individualizado e personalizado, de forma a promover o máximo de adaptação à transição saúde-doença, intervindo no sentido de facilitar a transição que afeta o desenvolvimento da criança.

Neste contexto, são prestados cuidados de Enfermagem em intervenções autónomas e interdependentes, existindo três áreas de intervenção de Enfermagem: Consulta de Neonatologia de *Follow-up*, Núcleo de Spina Bífida e Consulta de Paralisia Cerebral. Cada enfermeiro encontra-se responsável por uma dessas áreas, atuando como gestor de caso e elemento de ligação, dentro da equipa multidisciplinar, e na articulação com os cuidados na comunidade.

Destaco ainda a oportunidade que tive de assistir à aplicação de diversos instrumentos de avaliação do desenvolvimento, por diversos técnicos, como na consulta da terapia da fala e na avaliação de distúrbios da comunicação e linguagem. Realizei uma entrevista exploratória à Terapeuta da Fala, sendo também possível compreender os sinais de alarme para o encaminhamento para esta especialidade, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança.

No CDC, é parte integrante da prestação de cuidados, o modo de atuação quando estabelecem o primeiro contacto com a criança e a sua família, deslocando-se os enfermeiros à sala de espera, de forma a receberem e acompanharem a criança e família, ao invés de os chamarem pelo intercomunicador. Esta medida, na minha análise, para além de contribuir para o início de uma relação de confiança e parceria entre a família e os profissionais de saúde, é uma oportunidade do profissional em iniciar o processo de avaliação da dinâmica familiar e das

capacidades da criança, baseando-se no comportamento desta na sala de espera, assim como no percurso até ao gabinete.

Na **prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, em situações de especial complexidade**, intervi de forma a otimizar respostas, desenvolvendo as unidades de competências específicas do EESIP E2.2. e E2.4..

No contexto do SUP, na sala de tratamentos de Enfermagem, tive a oportunidade de colaborar e administrar terapêutica à criança ou jovem, assim como colaborar e realizar procedimentos invasivos (cateterismo e esvaziamento vesical) e dolorosos (colheitas de sangue para análises, colheitas de exsudado por zaragatoa naso e orofaríngea para deteção de Sars-Cov-2). Verifiquei que são usadas várias medidas farmacológicas para o alívio da dor, como o uso de anestésicos tópicos e de sacarose, tendo também a preocupação de os usar aquando destas intervenções. Foi também minha preocupação, o uso de estratégias de distração, durante os procedimentos, numa parceria com os pais/cuidadores e numa relação de participação e negociação nos cuidados (Hockenberry, 2018). Tive assim a oportunidade de desenvolver as competências específicas do EESIP “E.2.2.2 – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e “E.2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.”

Na UCIN, intervi na gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, aplicando estratégias de gestão da dor durante procedimentos dolorosos que eram realizados com intencionalidade terapêutica ou de diagnóstico, como foi o caso de situações de manipulações/posicionamento, aspiração de secreções, realização de colheitas de sangue para análises e gasometria. Recorri, para a promoção do conforto do RN, a estratégias como a sucção nutritiva, o uso de glicose, solução disponível no serviço, a contenção manual e com o lençol, o toque, a massagem terapêutica e o método canguru, quando possível (DGS, 2012).

Com o uso de estratégias não farmacológicas, pretende-se reduzir a perceção da dor, tornando-a mais tolerável, reduzir a ansiedade e proporcionar aumento do conforto e sensação de controlo (Hockenberry, 2018)). São várias as intervenções não farmacológicas que se mostram eficazes para o alívio da dor, como são exemplo as soluções adocicadas (sacarose e glicose), o contacto pele a pele nos RN, assim como as intervenções cognitivas e comportamentais, como a distração e relaxamento para crianças (Linhares & Doca, 2010).

Na situação dos procedimentos invasivos, na Teoria de médio alcance de Kolcaba, a promoção do conforto deve ser articulada com o modo de atuação nos quatro contextos da experiência. No conforto social, a preparação da criança e da sua família evitando a expressão 'dor' durante a explicação do procedimento; o conforto social e psico-espiritual, promovendo a presença dos pais e/ou cuidadores; o conforto ambiental, realizando o procedimento na sala de tratamentos ao invés do quarto da criança; o conforto físico, promovendo um posicionamento de conforto da criança; e o conforto ambiental, mantendo um ambiente positivo e calmo (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Prestei CNT e neuroprotetores do RN, tendo o cuidado de promover um ambiente terapêutico, proteger a sua pele, otimizar a sua nutrição, proteger o seu sono e minimizando a sua dor e stress, promovendo conforto e envolvendo os pais nos cuidados ao filho – o que é referido por Altimier e Phillips (2013) , assim como as medidas essenciais nos cuidados de desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, cuidados estes em consonância com os cuidados promovidos pela equipa da UCIN.

Na UCIN era utilizada a escala *Neonatal Infant Pain Scale* para avaliação da dor, mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo. Pela sua complexidade no uso foi abandonada, sendo atualmente utilizada a escala de *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*, uma escala de referência para UCIN. Nesta escala é avaliada a dor pelo rosto do RN, o estado do seu corpo, sono, interação e reconforto, que me foi também mais facilitador compreender e aplicar.

No contexto do IP, intervi, nos vários momentos dos cuidados, avaliando a dor através de escalas adaptadas à idade da criança e jovem, e otimizei respostas para a minimização desta, quer através de medidas farmacológicas, quer de medidas não farmacológicas, prestando CNT. Recorri a métodos como a distração, o diálogo, a amamentação, o uso de solução de glucose e a brincadeira adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem. Na passagem de ocorrências e nos registos de enfermagem, referi as necessidades individuais identificadas na minha prestação de cuidados à criança e família, de forma a promover a continuidade de cuidados individualizados e holísticos, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados e uma efetiva gestão da dor e bem-estar da criança e família.

Eis uma situação de cuidados que serve de exemplo da minha intervenção: um jovem de 14 anos foi internado para investigação de uma síndrome nefrítica, acompanhado pela sua mãe. Apresentava-se inquieto e com fâcies de dor. Comecei

por questionar a dimensão da sua dor, recorrendo à escala numérica, sendo que foi referida uma dor de grau quatro. O jovem tinha prescrito analgesia SOS, pelo que verifiquei a última toma, sugeri-lhe fazer a medicação e ele concordou. Dialoguei algum tempo com o jovem e a sua mãe e questionei, o que poderíamos fazer durante o turno, que ambos gostassem, e os distraísse do ambiente hospitalar, respondendo-me que gostavam de fazer puzzles. Articulei com a Educadora do serviço e esta facilitou-lhes os jogos. Mais tarde, no decorrer do turno e na reavaliação da dor do jovem, percebi que este estava mais distraído e a mãe mais tranquila, promovendo assim o seu bem-estar. As medidas implementadas, farmacológicas e não farmacológicas, tinham surtido efeito no bem-estar desta família. À avaliação da dor, foi referido pelo jovem: não ter dor.

No Hospital de Dia foi perceptível que ao se conhecer a criança e a família, os métodos de alívio da dor são individualizados e adaptados aos mesmos. Verifiquei que conheciam os brinquedos preferidos das crianças, que lhe davam segurança, tendo colaborado e validado com a família. Assisti, neste contexto, ao uso de protóxido de azoto, segundo protocolo institucional, e a preocupação da equipa de Enfermagem e equipa médica no alívio da dor e promoção do bem-estar da criança que é submetida a procedimentos dolorosos repetitivos e respetiva família.

Nos CSP, intervi no bem-estar e na gestão diferenciada da dor da criança submetida a procedimentos dolorosos, como foram o caso da realização do diagnóstico precoce, vacinação e realização de tratamentos, prestando CNT e recorrendo ao instrumento brincar terapêutico nas intervenções.

O direito de brincar encontra-se no artigo 6º da Carta da Criança Hospitalizada, referindo que as crianças devem ficar juntas por grupos etários de forma a beneficiarem de jogos e atividades educativas próprias à sua idade e com segurança (IAC, 2008). O brinquedo terapêutico na criança hospitalizada ajuda no controlo da ansiedade, proporcionando à criança o reconhecimento dos seus sentimentos e a colocação no brinquedo das suas incapacidades de lidar com a situação (Hockenberry, 2018).

O enfermeiro tem um papel primordial na manutenção e introdução do brincar na prestação de cuidados, devendo, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem, contribuindo com o seu parecer sobre equipamentos e materiais a utilizar na prestação de cuidados (OE, 2015b).

Recorri também a métodos como a distração (vídeos, contar objetos, ver livros), o diálogo (contar uma história e perguntar como estava a correr a escola, o que gostavam mais de fazer), à amamentação e à brincadeira adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem.

Nos procedimentos dolorosos questionava e validava com os pais as suas preferências e as dos seus filhos, de forma a uma efetiva gestão da dor, individualizada, tendo em conta a apreciação e histórico da dor.

3.2.2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e elevado grau de qualidade, na promoção das competências parentais.

No **aprofundamento de conhecimentos sobre a parentalidade e a capacitação parental**, e de forma a colaborar ativamente e prestar cuidados antecipatórios promotores do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como das competências parentais, facultando aos pais/cuidadores conhecimentos e aprendizagens de habilidades (unidade de competência específica do EESIP E3.1.), facilitando o desenvolvimento de competências na gestão da situação clínica da criança (unidade de competência específica do EESIP E1.1. – E1.1.4), senti necessidade de realizar pesquisa aprofundada sobre a parentalidade e a capacitação parental.

De salientar que ao longo do curso de mestrado realizei cursos de formação profissional de “Educação Parental”, com a duração de 30 horas, e “Intervenção Precoce na Infância”, com a duração de 15 horas (Anexo II), como forma de aprofundar e adquirir conhecimentos no âmbito do desenvolvimento das minhas competências, mobilizando esses conhecimentos na prestação de cuidados.

Iniciei a realização de uma revisão da literatura para dar resposta à questão: “Quais os cuidados promotores da capacitação parental na promoção do conforto ao recém-nascido pré-termo hospitalizado?” (Apêndice III), de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados, assim como a minha intervenção na humanização dos cuidados promotores das competências parentais na gestão do bem-estar do RN hospitalizado. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na capacitação dos pais, na promoção de uma presença de qualidade, uma vez que a orientação e o apoio, para a maioria dos pais, são uma força

estabilizadora para a criança durante os momentos que são considerados mais ameaçadores (Batalha, 2010).

Na **promoção das competências parentais na promoção do desenvolvimento infantil**, na prática de cuidados, nos vários contextos de estágio, avaliei as necessidades de informação dos pais, de forma a prestar orientações antecipatórias, negociando os cuidados e capacitando os pais/cuidadores, com alicerces na educação para a saúde, visando a maximização da saúde da criança, jovem e família. As orientações antecipatórias fornecem um possível guia para discussão e ajudam a enquadrar uma conversa relevante com a família e a criança, ajudando os profissionais de saúde a ajustar e a melhorar as questões e orientações adequadas para os seus clientes e comunidade (American Academy of Pediatrics, 2019).

No SUP, quer na sala de tratamentos, quer em internamento em Sala de Observação ou na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos, a minha prestação de cuidados teve como objetivo promover o desenvolvimento das competências parentais e da vinculação (unidade de competência específica do EESIP E1.1.), incluindo os pais na prestação de cuidados e dando orientação adequada para a gestão dos processos específicos saúde/doença (E1.1.4). Realizei ensinamentos para a alta reforçando e validando com os pais as orientações em relação à vigilância de saúde e os sinais de agravamento, tendo assumido um papel facilitador na aprendizagem e aquisição de novas capacidades, conhecendo as mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde-doença na vida diária.

No contexto de estágio da UCIN, constatei que o nascimento de um bebé prematuro, pode provocar nos pais três tipos de reações diferentes: a não-aceitação (desvalorização do problema); projeção (atribuição de culpa a outros) e alheamento (evicção) (Brazelton & Cramer, 2004). O enfermeiro deve encarar estas reações como parte das tentativas dos pais em lidar com a situação e como forma de se relacionarem com um RN que não corresponde ao bebé idealizado (Brazelton, 2018). Tornou-se assim importante compreender o estado emocional dos pais, para o estabelecimento da interação, para o desenvolvimento da vinculação e para as atitudes educativas em geral.

Preparei a criança e a família para a alta (que se inicia no momento da admissão do RN na unidade) quando procurei envolver a família nos cuidados, fomentando o desenvolvimento de segurança, autonomia e responsabilidade dos

pais pelos cuidados e bem-estar da criança em casa, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade de vida do recém-nascido pré-termo.

Na capacitação dos pais para cuidarem do seu filho RN, em especial quando existe maior risco e vulnerabilidade, tal implicou partilhar o conhecimento que fui adquirindo ao longo do internamento, sobre o seu filho, identificando os momentos que privilegiam os cuidados dos pais e estimulando-os/promovendo ao contacto com o seu filho. Como é reforçado pela OE (2015a), a importância de haver uma avaliação rigorosa da parentalidade, que envolve a identificação do conhecimento que os pais têm, validando as suas capacidades, de forma a conceptualizar, seleccionar e implementar processos de cuidados individuais, com o envolvimento dos pais, ajudando-os a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se confrontam (OE, 2015a).

No IP e na UCIN, os enfermeiros promovem a partilha de informação, a colaboração e participação da família no processo de cuidados, podendo estar os pais 24 horas junto dos seus filhos, de acordo com as suas possibilidades e desejo. No entanto, com a atual situação pandémica, só pode estar um dos pais junto do filho (com teste laboratorial de SARS-CoV-2 negativo, realizado semanalmente). Na sua ausência, podem contactar telefonicamente o serviço sempre que o desejarem, e a própria equipa envia fotos dos filhos aos pais. Estas medidas permitem o cumprimento dos direitos nº 2, 3, 4, 5, 6 da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008).

Uma outra situação em particular que acompanhei, no serviço de IP, foi a de um RN prematuro de muito baixo peso, com três meses de idade corrigida, no momento do internamento na neonatologia, com o diagnóstico de enterocolite necrosante, requerendo internamento na pediatria para cirurgia por laparoscopia por brida intestinal. Verifiquei que a mãe, dedicada, presente e carinhosa com o seu filho, foi desenvolvendo competências de uma forma gradual, nos cuidados ao seu filho. Neste contexto, da transição para a parentalidade, tornou-se importante o conhecimento das novas necessidades dos pais, num modo de interação participativa, contribuindo para tomar decisões acerca das intervenções de Enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida, que são resultado de transições situacionais, como é o caso da hospitalização de um filho (Meleis, 2011). Na transição para a parentalidade, do tipo situacional, como é o caso do nascimento de uma criança com uma patologia

crônica e eventual internamento, constata-se que a educação, a preparação e o treino de habilidades contribuem positivamente para este processo (Coffey, 2006). Na situação descrita, fui reforçando os ensinamentos, à mãe, dos novos procedimentos e cuidados, criando oportunidades de treino e validando com esta as suas habilidades no processo.

Para apoiar a transição para a parentalidade é fundamental que o contacto com os pais se dê de forma positiva, contribuindo para: o aumento da sua autoestima; respeitando as suas crenças culturais; promovendo a interação com a criança; incentivando-os a expressar as suas expectativas; motivando-os para a aprendizagem de capacidades; percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família (Mercer, 2004).

A intervenção precoce do EESIP, é fundamental para minimizar o efeito dos fatores de stress presentes e ajudar a alcançar o equilíbrio do bem-estar, focando-se na prevenção primária e em cuidados antecipatórios, dotando os pais de competências parentais, tendo em vista a sua autonomia enquanto prestadores de cuidados, para o momento da alta clínica.

No contexto hospitalar, com a finalidade de contribuir para a maximização do potencial do desenvolvimento da criança em idade *toddler*, e, conseqüentemente da sua família, promovendo a interação pais-filho, realizei o Projeto “Toca a Interagir” (Apêndice IV) no IP, que tem como objetivos gerais: potenciar o desenvolvimento infantil e da parentalidade, através de cuidados antecipatórios e individualizados, no contexto hospitalar; e minimizar o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil do *toddler*. O projeto foi assim designado, uma vez que é considerado um projeto que promove o desenvolvimento da criança, as competências parentais, a interação pais-filho, e as relações entre as famílias e os profissionais de saúde.

A evidência revela que as intervenções na primeira infância podem ter uma ação duradoura sobre a personalidade, capacidade intelectual e comportamento social. Para tal, os programas integrados, que têm como objetivo a criança nos seus primeiros anos, são primordiais para o seu desenvolvimento psicossocial e mental (Walter & Wrester, 2009).

No projeto elaborei um folheto informativo para entrega aos pais no momento do acolhimento da criança e família ao serviço, designado da “Caderneta Ondinha” e um “Diploma” para entrega na alta, que parabeniza a criança e família, pela realização das atividades durante o internamento.

Na unidade de cuidados intermédios neonatais, quando os RN transitam da UCIN para esta unidade, é um momento muito importante, uma viragem significativa para a adoção de comportamentos positivos na ligação pais-bebé. Estes são incentivados a assumir um papel proactivo no planeamento da alta do seu filho, garantindo o apoio da rede, não só pelos profissionais que acompanharam o RN e família desde o seu nascimento, mas também pelos profissionais na comunidade e no CDC.

Foi importante observar e acompanhar a intervenção e ligação da equipa com o domicílio das famílias, trabalhando numa dinâmica multidisciplinar, com visita domiciliária para avaliação do contexto e promoção de uma transição segura para casa e continuidade de cuidados.

No serviço do IP, adaptado às necessidades do hospital, teve também na sua ocupação, puérperas com os seus RN, pelo que, foi também uma oportunidade de desenvolvimento de competência específicas do EESIP, na implementação e gestão de cuidados de Enfermagem, em colaboração com a família, promotores da parentalidade (competência E1.1.); e na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, transmitindo orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (competência E3.1.).

A intervenção do enfermeiro é fulcral na adaptação à parentalidade durante a hospitalização, dado este ser um fator inibidor desta e que muitas vezes é agravado pela situação clínica da criança, afetando as famílias, condicionando o processo da parentalidade e, 'por sua vez, o desenvolvimento da criança. O enfermeiro encontra-se numa posição estratégica na promoção da adaptação dos pais à doença, na negociação do seu papel parental, na validação da informação, e na assistência no sofrimento, contribuindo para o processo de adaptação ao exercício parental (OE, 2015a).

Durante o internamento da criança e família observei a adoção de várias estratégias de *coping* por parte destas, como a procura de informação, tendo, o enfermeiro, uma intervenção primordial em ajudar a família a recorrer a estratégias que lhes permitam lidar com a situação, de uma forma positiva, possibilitando o crescimento familiar e evitando o risco de disfuncionamento (Jorge, 2004). O autor acrescenta ainda que, perante a doença crónica da criança, os pais podem desenvolver estratégias de *coping* como: apoio social, procura de informação,

evitamento ou inibição da ação, redução da tensão e redefinição da situação (Jorge, 2004).

Constatei, nos diversos contextos dos estágios, estes fatores causadores de stress e que podem ser minimizados com o conhecimento da influência destes na parentalidade, verificando muitas vezes a falta de informação e suporte que os pais têm para promover o desenvolvimento dos seus filhos. Foi-me possível prestar cuidados personalizados à família, e contribuir para a minimização dos fatores de stress, e facilitar a transição para a parentalidade de uma forma mais saudável e equilibrada. Exemplo da prática clínica, surge o de uma mãe que o bebé chorava por longos períodos e comparava-o a outros menos chorosos, acalmando-a com a minha presença, transmitindo-lhe tranquilidade, ensinando-a sobre as causas do choro do bebé e como confortá-lo, assim como a individualidade de cada bebé. Constatei que esta deixou gradualmente de comparar o seu filho aos das outras mães e ‘brincava’ com a situação do seu ser o mais choroso.

São referidos vários fatores que podem influenciar o *coping* parental face à doença crónica da criança, entre os quais o suporte familiar, a relação com a criança e outros membros da família e profissionais de saúde, os seus recursos económicos e crenças pessoais sobre a doença (Melnik et al., 2001; Coffey, 2006).

Na promoção da parentalidade, as competências, habilidades e conhecimentos que os pais têm sobre o desenvolvimento do seu filho e a familiaridade que têm com as tarefas parentais, foram avaliadas nas CVSIJ, facilitando as suas decisões à volta dos cuidados aos seus filhos, ao capacitá-los a avaliarem e interpretarem os comportamentos da criança, até desempenharem com mestria as suas tarefas parentais em interação com os seus filhos.

Para empoderar os pais, na promoção do desenvolvimento dos seus filhos, criei um folheto informativo com as atividades promotoras do desenvolvimento do *toddler*, a ser disponibilizado na CVSIJ, “Papás, Vamos Cres(Ser) Juntos?” (Apêndice V), aquando da promoção dos cuidados antecipatórios. Estes, promotores das capacidades parentais, deverão focar-se no conhecimento e preparação, facilitando condições para as transições saudáveis, quer no desenvolvimento infantil e na parentalidade (Meleis, 2010).

Recorri também ao Modelo *Touchpoints* de Brazelton, que destaca a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre famílias e profissionais, pretendendo empoderar a parentalidade

positiva. Apoiei e dei suporte à família, focando-me nas suas potencialidades, habilidades, recursos e forças, avaliadas em conjunto com a EO, enfermeira de família, nos CSP, uma vez que ao fortalecermos a família estamos também a fortalecer a criança e a promover o seu crescimento e desenvolvimento pleno (Brazelton & Sparrow, 2003).

No contexto das CVSIJ, tendo em conta o referencial teórico do projeto previamente delineado que orientou a minha prática clínica nos contextos de estágio – a teoria de médio alcance de Afaf Meleis -, o enfermeiro tem como objeto dos seus cuidados a família em processo de transição ou na iminência de processos previsíveis de transição. A transição para a parentalidade é particularmente complexa nos primeiros anos de vida da criança, pelo seu processo de desenvolvimento, o que conduz a que os pais estejam numa constante adaptação e ajustamento às diferentes fases de desenvolvimento infantil. Quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais da criança e família, por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas, preparando-os as mesmas através da aquisição e aprendizagem de novas competências (Meleis *et al.*, 2000).

Procurei, nas CVSIJ, compreender se a criança e família poderiam estar em simultâneo com várias transições, como a de um nascimento de um irmão, outros familiares a precisarem de cuidados, um divórcio, a perda de um emprego, entre outras, de forma a adaptar a minha intervenção.

No desenvolvimento infantil, ao explorar e conhecer o ambiente familiar, tive como objetivo identificar os recursos de que a família dispõe e tentei direcioná-la a que os usasse conscientemente e que se sinta capacitada a exercer a sua parentalidade de forma proactiva. A capacitação surge como a melhor estratégia para que a transição para a parentalidade se faça com o mínimo de vulnerabilidade e maior probabilidade de sucesso das competências (Meleis *et al.*, 2000).

Os enfermeiros e os pais devem trabalhar em conjunto, aproveitando todas as oportunidades que fortaleçam a relação de parceria, de forma a obter ganhos no bem-estar e qualidade de vida, promovendo o desenvolvimento integral da criança e jovem, assim como da sua família (Alves, 2015).

É importante conhecer a perspetiva dos pais quanto à forma como a parentalidade está a ser vivenciada, para que se conheçam as suas verdadeiras necessidades, assim como para o desenvolvimento de intervenções adaptadas

(Soares, 2011). Estes pretendem dos profissionais de saúde uma boa comunicação, que considere o conteúdo e a forma de transmissão, principalmente em situações mais delicadas, sendo necessário dar-lhes tempo para que as suas dúvidas sejam esclarecidas e para que a informação seja bem apreendida (Lemos, 2006).

Para facilitar a participação parental foi importante o estabelecimento de uma parceria com vista ao seu envolvimento e participação nos cuidados, negociando com estes, envolvendo-os no processo e nas discussões que dizem respeito ao seu filho. Furneci informações sobre o tratamento e a evolução clínica dos seus filhos, servindo de mediador entre estes e a equipa médica, facilitando estratégias de *coping* respeitando as suas opiniões e desejos, facilitando a verbalização de sentimentos, e satisfazendo as necessidades físicas destes e dos seus filhos (Casey, 2010).

Estimulei os pais para a prestação de cuidados ao seu filho, avaliando as suas necessidades individuais e facilitando o desenvolvimento das competências parentais em momentos como a higiene e conforto, na prevenção de acidentes (transporte do RN para casa, posicionamento do RN, prevenção do Síndrome de Morte Súbita no Latente), no conhecimento do comportamento do RN, validando sempre com os pais as orientações dadas. Num primeiro momento, prestava os cuidados e os pais observavam, noutro, os pais eram convidados a colaborar, esclarecendo-lhes dúvidas, medos e incertezas. Posteriormente eles a fazerem e eu a observar e a orientar, validando as competências e habilidades.

Já no contexto do CDC, com o papel primordial na prestação de cuidados às crianças e jovens com o diagnóstico de epilepsia, no sentido de ajudar as crianças e jovens, com o diagnóstico de epilepsia, a crescer com saúde e bem-estar, e a serem capacitados para enfrentar o seu futuro (unidade de competência E2.5.), são necessárias intervenções e programas adequados à sua idade e situação de saúde (Hing, 2012). É competência do enfermeiro ajudar a compreender a doença e os seus tratamentos, a importância da adesão ao tratamento e a superação das dificuldades, promovendo orientação de acordo com as rotinas da vida de cada família; de forma a contribuir para a melhoria de cuidados neste âmbito. Desta forma, criei um documento, “Gestão do Regime Medicamentoso”, para a consulta de Enfermagem, integrada na consulta multidisciplinar de epilepsia, que contribui com conhecimentos para a capacitação parental. O documento está em constante atualização pela equipa de Enfermagem, tendo em conta as informações que contém.

Também no PNSIJ (DGS, 2013), é seu objetivo sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças e jovens com doença crónica e/ou deficiência e suas famílias, assim como promover uma articulação eficaz entre os vários intervenientes nos cuidados a estes. Estas crianças, carecem de atenção intensificada e estratégias de intervenção de acordo com essas necessidades, sendo que, o empoderamento familiar e individual da criança e jovem, surgem num caminho de melhoria da gestão do autocuidado e dos cuidados de saúde no seu global (Hing, 2012).

3.2.3. Desenvolver competências para gerir os cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos visando a melhoria continua da qualidade.

Como atividade de destaque, no desenvolvimento desta competência, considero a identificação de uma necessidade formativa no cuidado à criança com dor e desconforto abdominal, desenvolvida no estágio no SUP, **atuando como formadora no contexto profissional, facilitando a aprendizagem dos pares.**

Durante a realização do estágio, verifiquei que estavam a recorrer ao SUP vários pais/cuidadores por dor ou desconforto abdominal na criança e que desconheciam o uso da massagem na região abdominal para o efeito. Após questionar informalmente alguns elementos da equipa de Enfermagem, verifiquei que também que não tinham conhecimento pleno das várias técnicas da massagem.

Com o levantamento desta problemática, fiz uma pesquisa inicial sobre a ida das crianças ao SUP por cólica infantil, verificando que é uma das principais causas de ida das famílias ao serviço de urgência, tornando-se relevante adquirir e desenvolver conhecimentos e habilidades na intervenção nesta área.

Existindo evidência sobre a eficácia da massagem no tratamento da cólica infantil (Silva & Costa, 2019), com a redução dos sintomas associados e vantagens por ser uma técnica inócua, barata e aproximar os pais/cuidadores da criança (Nahidi, Gazerani, Youselfi & Abadi, 2017), pretendi identificar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem nesta área, de forma a planear a sessão de formação e os conteúdos programáticos, assim como a metodologia para contribuir para a incorporação de novos conhecimentos e habilidades na área da qualidade na prestação de cuidados pediátricos.

Planeei e realizei a sessão de formação “Massagem Para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal”, elaborando como documentos de suporte à continuidade da melhoria da prestação de cuidados, um folheto informativo “Massagem Abdominal - Alívio da Dor e Desconforto”, para entregar aos pais e um poster para apoiar os profissionais de saúde “Massagem Abdominal”, colocado em zonas estratégicas (Apêndice VI). A identificação de necessidades formativas, no SUP, contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns do EE C1., C2. e D2..

Procedi ao planeamento da sessão de formação para dar resposta às necessidades formativas da equipa na aplicação de medidas não farmacológicas, no alívio da dor e promoção do bem-estar da criança em situação de cólica abdominal, um dos principais diagnósticos de alta de uma criança que recorre ao SUP Desta forma, contribuí para o desenvolvimento das unidades de competências E2.2., E2.2.3., “E2.4.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.” e “E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.”

Sendo instrutora certificada de Massagem Infantil pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil, mobilizei conhecimentos na aplicação da massagem abdominal à criança, fazendo uma pesquisa aprofundada sobre a evidência científica da aplicação da mesma no alívio da cólica infantil (desenvolvimento da competência E2.4.3.). Com base no conhecimento adquirido e desenvolvido, foi realizada a sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem, que me permitiu mobilizar competências comuns do EE, como um elemento “D2.1. Facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”.

A implementação destas atividades colocou em evidência o desenvolvimento das unidades de competência comum do EE, “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e “C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

Organizei e ficou disponível no serviço a informação sobre a casuística da ida aos SUP, estudos recentes e realizados em SUP em Portugal, em que a cólica infantil surge como uma das principais causas, ficando a equipa desperta para este cuidado e demonstrando interesse de também realizarem investigação no serviço, tendo agido enquanto elemento promotor da investigação na área, como forma de produzir evidência científica.

Desempenhei um papel dinamizador na liderança e adaptação à situação do contexto com o objetivo de otimizar a qualidade dos cuidados prestados à criança e à família, através da negociação de recursos adequados a esta prestação de cuidados, visando a sua qualidade. Os conhecimentos contribuíram para a prática clínica especializada, através de uma fundamentação teórica, desenvolvendo as atividades de forma a dar resposta às necessidades sentidas no contexto de estágio.

No **desenvolvimento de práticas na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão integrada no Processo de Enfermagem**, no contexto de estágio dos CSP, senti necessidade de realizar uma reflexão crítica sobre a importância dos Registos de Enfermagem nas CVSIJ (Apêndice VII), nos sistemas de informação em Enfermagem, observando a EO nos registos. Registei e otimizei os meus registos de Enfermagem no contexto das CVSIJ, mas também refletido nos outros contextos. Realizei também, com a necessidade de uniformização dos registos, e necessidade levantada pela EO e equipa de Enfermagem, uma Norma de Procedimento: “Uniformização de Registos de Enfermagem na CVSIJ dos 0 aos 5 anos” (Apêndice VII).

Com a elaboração desta norma pretendi a uniformização dos registos de Enfermagem na CVSIJ dos 0 aos 5 anos; permitir a eficaz comunicação entre os profissionais de saúde e a consequente continuidade dos cuidados; a melhoria da qualidade de cuidados de Enfermagem à criança e família entre os 0 e 5 anos; e criar condições de se avaliar ganhos em saúde, de Enfermagem.

São competências do enfermeiro de cuidados gerais, no Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, utilizar o Processo de Enfermagem (Competência B3.), analisando, interpretando e documentando os dados com exatidão. No domínio do desenvolvimento profissional, é sua competência contribuir para a valorização profissional, contribuindo para o desenvolvimento da prática de Enfermagem (competência C1.) (Regulamento n.º 190/2015).

Para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro deverá utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade de Enfermagem, participando em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade (Competência C2.) (Regulamento n.º 190/2015). Para a sua operacionalização o enfermeiro deve realizar os registos de Enfermagem no sistema SClínico®, aquando das CVSIJ de acordo com o PNSIJ (DGS, 2013), uniformizando com as orientações esplanadas na norma.

3.3. Contributo das Atividades Desenvolvidas para o Desenvolvimento de Competências de Enfermeira Especialista

O aprofundamento dos domínios das competências comuns do enfermeiro de cuidados gerais dá-se pela aquisição de um conjunto de competências clínicas e especializadas, concretizando-se em competências comuns e específicas. É na certificação destas competências que o EE possui um conjunto de capacidades, habilidades e conhecimentos que irá mobilizar na sua prática clínica, permitindo-lhe avaliar e atuar nas necessidades de saúde dos clientes e nos seus contextos de vida aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) (OE, 2009).

No decorrer do percurso formativo, o desenvolvimento de competências comuns de EE e de competências específicas de EESIP, foi uma constante preocupação minha. A prática clínica, bem como a metodologia critico-reflexiva, contribuíram para uma prestação de cuidados de Enfermagem especializados, numa perspetiva holística, dirigida à criança, jovem e família.

É definida por Benner (2001) a enfermeira perita como possuindo um domínio intuitivo da situação, sendo capaz de identificar o problema, considerando uma série de diagnósticos e soluções alternativas à resolução do problema.

Complementarmente, o Código Deontológico do Enfermeiro destaca a importância de se manter a atualização de conhecimentos que sejam relevantes para a prática clínica, e analisar e reconhecer eventuais lacunas na práxis que denotem a necessidade de mudança de comportamento. Atingir um nível de perita numa nova área de intervenção, exige o reconhecimento de lacunas e dificuldades, esforço e treino para a aquisição e desenvolvimento de competências, com eficaz gestão dos cuidados e tomada de decisão consciente (OE, 2009).

Irei, portanto, debruçar-me sobre as competências que contribuíram para a compreensão da temática, dando resposta aos objetivos do projeto de estágio que derivaram da problemática identificada no contexto de trabalho, nomeadamente na parentalidade para a promoção do desenvolvimento infantil.

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192), foi uma competência em constante mobilização nos contextos de estágio e profissional, tendo desempenhado um papel primordial na transmissão da informação acerca da situação saúde-doença da

criança ou jovem, assim como na negociação da participação dos pais ou cuidadores nos cuidados, envolvendo-os na tomada de decisão.

No decorrer dos estágios, promovi o papel parental ao prestar CCF, considerando a família parceira dos cuidados, envolvendo-a, informando-a e dotando-a de conhecimentos e habilidades para a sua participação, de modo a facilitar a transição experienciada. Cuidei de crianças e jovens em diferentes estádios de desenvolvimento e diferentes idades, adequando a minha comunicação a estes, bem como à sua cultura, atendendo à importância da comunicação como competência essencial na arte de cuidar em Enfermagem.

Procurei capacitar os pais, intervindo na educação para a saúde, de uma forma individualizada, dirigida às necessidades das crianças, jovens e famílias, nos diferentes contextos de estágio.

Quanto à competência **“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”** (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193), foi desenvolvida com especial preocupação nas atividades planeadas e intervenções dirigidas à avaliação e gestão da dor e bem-estar da criança ou jovem.

Foram usadas escalas para a avaliação da dor, aplicando posteriormente medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio, com a preocupação de reavaliar os resultados das intervenções com análise das respostas verbais e não-verbais da criança e jovem, recorrendo aos protocolos existentes nos contextos de estágio. Foi meu cuidado valorizar a participação e envolvimento dos pais e cuidadores, como parceiros nos cuidados e na gestão da dor, reforçando, através do ensino e treino, os seus conhecimentos e habilidades para garantir a eficaz gestão das medidas a implementar.

As competências no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados, foram alvo de especial atenção dada a falta de contacto com situações desta natureza ao longo do meu exercício profissional. Foi possível aprofundar estas competências nos contextos de SUP e UCIN, com a observação e demonstração de aquisição de novos conhecimentos e habilidades na intervenção à criança e jovem com necessidade de cuidados urgentes e emergentes.

No contexto do IP e CDC, foi possível desenvolver a competência na capacitação da criança, jovem e família para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação à doença crónica, oncológica ou deficiência/incapacidade.

De forma a desenvolver a competência **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** (Regulamento n.º 422, p.19194, 2018), observei e prestei cuidados e orientações antecipatórias às famílias, procurando promover a maximização do potencial de desenvolvimento da criança em todos os contextos de estágio. Avaliei o crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso às linhas orientadoras do PNSIJ (DGS, 2013), e à aplicação da EADMSM, principalmente nos CSP, nas CVSJ. Promovi a participação e envolvimento dos pais nos cuidados, transmitindo cuidados antecipatórios com recurso a uma comunicação adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem e à sua cultura.

No que diz respeito às **competências comuns de EE**, são quatro os seus domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140, 2019).

A minha prática, no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, foi pautada pelo quadro regulador da profissão e pelo Código Ético e Deontológico dos Enfermeiros, recorrendo igualmente aos quadros Regulamentadores da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que foram mobilizados no decorrer da realização do presente relatório. A prática de cuidados, com recurso à prática crítico-reflexiva e a sua fundamentação com evidência científica, conduziu também à consolidação de competências de julgamento clínico e de tomadas de decisão.

Prestei cuidados com foco na melhoria da sua qualidade, através da promoção de um ambiente seguro, terapêutico e de gestão de riscos. Saliento a proposta do projeto de intervenção no IP, que resultou da análise e revisão das práticas. Promove a incorporação de novos conhecimentos, com mobilização de recursos e estratégias para a sua implementação, visando a segurança e qualidade dos cuidados à criança e família, otimizando as respostas de Enfermagem à problemática identificada e envolvendo a equipa multidisciplinar no planeamento do projeto. Com o desenvolvimento deste projeto foi-me possível desenvolver as competências comuns do EE, “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”, na orientação de projetos institucionais na área da qualidade.

Quanto à gestão dos cuidados, foi possível observar e colaborar com os EO dos contextos que exerciam cargos de coordenação e chefia, como a enfermeira

coordenadora do CDC, a enfermeira chefe da USF e as enfermeiras chefes de equipa do IP e UCIN, permitindo o desenvolvimento de competências de liderança e gestão de cuidados e recursos. Observei a gestão dos cuidados com a otimização da resposta da equipa e articulação na equipa; e a adaptação dos recursos às situações e ao contexto, visando a qualidade dos cuidados (competências C1 e C2). Constatou que as mesmas incentivam os colegas a participar no processo de tomada de decisão, um estilo de liderança participativa, facilitadora e promotora de um ambiente benéfico à prática de cuidados.

Particpei nas reuniões de Enfermagem e multidisciplinares, observando a construção da tomada de decisão em equipa (competência A1.1.3), tendo o enfermeiro uma intervenção fundamental ao ser um “(...) elemento de ligação entre a criança, os pais e outros profissionais da equipa assistencial” (Jorge, 2004, p. 39).

No decorrer do estágio do IP, foram sentidas algumas dificuldades na concretização dos objetivos específicos, inicialmente delineados, o que se deveu à baixa taxa de ocupação do serviço com a população-alvo deste contexto, devido à atual situação pandémica pelo vírus Sars-CoV-2. Esta situação levou-me a redirecionar as atividades para uma melhor concretização dos mesmos, adaptando também os objetivos para o desenvolvimento de competências comuns EE (Regulamento n.º 140, 2019); o facto de ser orientada por um Enfermeiro Chefe de Equipa foi coadjuvante desta oportunidade.

Outra competência comum do EE em constante evolução pela prática crítico-reflexiva, é o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurando a excelência da prática de cuidados. Com esta metodologia foi possível identificar lacunas na minha prática de cuidados, conduzindo ao desenvolvimento de estratégias que minimizam o seu impacto e melhorem a prática, adotando uma atitude de aperfeiçoamento. Identifiquei necessidades formativas, colmatando-as com pesquisa bibliográfica e sessões formativas, aplicando o conhecimento adquirido na minha prática de cuidados.

Segundo Benner (2001), a documentação metódica das competências de perita, integra uma primeira etapa para o desenvolvimento de conhecimentos clínicos. Esta documentação de competências permitiu-me realizar uma autoavaliação com evidência no desenvolvimento de competências de EE, possibilitando a aquisição de conhecimentos, habilidades e capacidades para uma tomada de decisão mais competente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A concretização do relatório de estágio possibilitou-me a reflexão sobre o percurso de aprendizagens realizado, particularmente na área temática do projeto, na promoção do desenvolvimento harmonioso do *toddler*.

O relatório é como uma ferramenta importante para a consolidação dos conhecimentos e competências desenvolvidas nos cinco locais de estágios, contribuindo para a análise da atuação do EE em contextos de saúde-doença na criança, jovem e família, revelando o percurso efetuado, com resposta ao desenvolvimento das competências de Mestre, de EE e EESIP.

Com a construção do enquadramento concetual foi possível aprofundar conhecimentos na área de interesse e fundamentar o caminho e as escolhas que projetei, seguindo com base na teoria e evidência científica, reconhecendo a Enfermagem como disciplina detentora de conhecimentos distintos, com recurso a uma ampla diversidade de teorias que explicam os seus fenómenos.

A metodologia proposta e adotada foi adequada, espelhando a reflexão na e sobre a prática, permitindo o desenvolvimento das competências e projetando-se a sua continuação na prestação de cuidados, não cessando com a elaboração do relatório. Refletir sobre o percurso de aprendizagens desenvolvido contribuiu para a promoção de um conjunto de competências promotoras de mudança no saber-ser, saber-estar, saber-fazer e saber-saber, enquanto EESIP.

Foram desenvolvidos conhecimentos técnicos, científicos e humanos, com aplicabilidade ao nível do julgamento e tomada de decisão, tendo sempre em apreciação o contexto familiar e o superior interesse da criança e jovem.

O desenvolvimento das atividades teve em conta o diagnóstico da situação específico de cada contexto de estágio, permitindo evidenciar a promoção do desenvolvimento infantil. Estas foram sustentadas num pensamento crítico-reflexivo e fundamentadas pela investigação, onde o Mestre, na sua área de especialização, pode fazer a diferença no cuidar em Enfermagem.

Não foi possível desenvolver projetos em larga escala, pelo carácter temporal dos estágios; no entanto, considero ter conseguido colmatar essa dificuldade ao desenvolver projetos e atividades exequíveis e necessárias ao diagnóstico realizado. Foram dados contributos que permitiram que cada contexto fizesse o seu próprio caminho no âmbito da temática trabalhada.

As intervenções de Enfermagem realizadas à criança, jovem e família, sustentaram-se na sua avaliação holística, considerando os fatores inibidores e facilitadores das transições experienciadas, nos processos de saúde-doença. Promovi cuidados antecipatórios, conhecimentos e habilidades no desempenho, com mestria, do papel parental promotor de um desenvolvimento infantil harmonioso e transições saudáveis. Recorri a relações e ambientes terapêuticos, ao instrumento brincar terapêutico, CNT e estratégias comunicacionais facilitadoras do desempenho da parentalidade e desenvolvimento infantil, realizadas face à conceção dos CCF. Trabalhei em parceria com a criança, jovem e família, em todos os contextos, promovendo o mais elevado estado de saúde possível.

O EESIP intervém na prestação de cuidados de nível avançado à criança, jovem e família, com competência e segurança, no processo saúde-doença, proporcionando educação para a saúde e identificando e mobilizando os recursos de apoio a estes (Regulamento n.º 351, 2015).

Pelo percurso académico realizado, considero ter desenvolvido competências comuns de EE, específicas de EESIP e de Mestre em Enfermagem, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, em prol da qualidade de cuidados de Enfermagem prestados.

Saliento também a continuação do desenvolvimento profissional, por processos formativos, de assertividade e autoconhecimento, no desenvolvimento de um cuidado de Enfermagem de excelência, baseado na evidência, atualizado e contextualizado às necessidades da criança, jovem e família, facilitando as transições experienciadas para um desenvolvimento infantil harmonioso.

Futuramente, considero ser capaz de implementar projetos no serviço em que presto cuidados, esperando poder participar em projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, possibilitando, desta forma, a minha aprendizagem contínua, bem como ao acesso a cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- About, F. E., & Yousafzai, A. K. (2015). Global health and development in early childhood. *Annual review of psychology*, 66, 433-457.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22.
- Alves, J. M. N. D. O. (2015). *Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: a perspectiva dos pais* (Doctoral dissertation).
- American Academy of Pediatrics. (2019). Bright Futures guidelines and pocket guide. Retrieved July, 22, 2019.
- American Psychological Association. (2019). Publication Manual of the American Psychological Association, 7th ed.
- Barros, L. (2001). A unidade de cuidados intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 297-316.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-593-0.
- Belsky, J., & Fearon, R. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: does continuity in development depend upon continuity of caregiving?. *Attachment & human development*, 4(3), 361-387.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Biglan, A., Flay, B. R., Embry, D. D., & Sandler, I. N. (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American Psychologist*, 67(4), 257.
- Boivin, M. J., Augustinavicius, J. L., Familiar-Lopez, I., Murray, S. M., Sikorskii, A., Awadu, J., ... & Bass, J. K. (2020). Early Childhood development caregiver training and neurocognition of HIV-exposed Ugandan siblings. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41(3), 221-229.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). The TouchpointsTM Model of Development. Boston: Harvard Medical School–Child Development Unit. Online:

http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf.

Brazelton, T., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. B. (2018). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (14.a ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.

Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 11-20.

Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., ... Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.

Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8-9.

Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advance Nursing*, 22 (6), 1058-1062.

Casey, A. (2010). Assessing and planning care in partnership. *A Textbook of Children's and Young People's Nursing E-Book*, 87.

Centers for Disease Control and Prevention (2021). Toddlers (2-3 years of age). Acedido a 6 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/toddlers2.html>

Center on the Developing Child at Harvard University (2021). Three Principles to Improve Outcomes for Children and Families, 2021 Update. <http://www.developingchild.harvard.edu>.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise psicológica*, 22(1), 55-64.

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: LivPsic.

Dadam, S. H. (2011). *Programa de orientação para a parentalidade: avaliação da sua importância e momento adequado de aplicação: Portugal-Brasil* (Doctoral dissertation).

Daly, M., & Abela, A. (2007). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach* (Vol. 2). Council of Europe.

Darling, N. (1999). Parenting Style and Its Correlates. ERIC Digest.

Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da

atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05, p. 4069-4071. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). *Diário da República*, 1.ª série – N.º 157, 4147-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.

Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2018). Guia para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2019). Regulamento de Mestrado em Enfermagem.

Figueiredo, B. (2021). Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. In: Leal, I.; Ribeiro, J. P. (2021). *Manual de psicologia da saúde*. Lisboa: Pactor. XXXIV, 485 p. ISBN 978-989-693-105-6.

Gadomski, A. M., Riley, M. R., Scribani, M., & Tallman, N. (2018). Impact of “Learn the signs. Act early.” Materials on parental engagement and doctor interaction regarding child development. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(9), 693-700.

Harvard Center on the Developing Child (2016). Early experiences affect the development of brain architecture, which provides the foundation for all future learning. Acedido a 30-06-2021, disponível em: <https://childlaw.unm.edu/assets/docs/video-conferences/2016/ACE-Toxic-Stress-Harvard-Center-on-the-Developing-Child.pdf> (unm.edu).

Hing, I. M. (2012). *Continuidade de cuidados à criança e ao jovem com epilepsia em contexto escolar e familiar* (Doctoral dissertation, [sn]).

Hockenberry, M.J. (2018). Perspetivas da Enfermagem Pediátrica. In: Hockenberry, M. J., Wilson, D., Rodgers, C. C. (2018). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (10ª ed., pp. 1-14). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Hoghugh, M. (2004) Parenting: an introduction. In M. Hoghugh, & N. Long (Eds.),

- Handbook of parenting: theory and research for practice* (pp. 1-18). London: Sage.
- International Council of Nurses. (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE. Acedido a 21-06-2021. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2016). Advancing the practice of patient – and family-centered care in primary care and other ambulatory settings: How to Get Started.... Acedido a 05-09-2020. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da Criança Hospitalizada: O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças.
- Jeong, J., McCoy, D. C., Yousafzai, A. K., Salhi, C., & Fink, G. (2016). Paternal stimulation and early child development in low-and middle-income countries. *Pediatrics*, 138(4).
- Kolcaba, K., DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, may – june, vol. 31, nº 3, p. 187-194.
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Legis Editora.
- Lemos, L. (2006). A Informação ao Doente é um Direito. *Lisboa: Instituto de Apoio à Criança*.
- Li, H. C. W., Chan, S. S., Mak, Y. W., & Lam, T. H. (2013). Effectiveness of a parental training programme in enhancing the parent–child relationship and reducing harsh parenting practices and parental stress in preparing children for their transition to primary school: a randomised controlled trial. *BMC public health*, 13(1), 1-12.
- Linhares, M. B. M., & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325.
- Liu, C. C., Chen, Y. C, Yeh, Y. P., & Hsieh, Y. S. (2012). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 908-918.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência.
- Mahoney, G., & MacDonald, J. D. (2007). *Autism and developmental delays in young children: the responsive teaching curriculum for parents and professionals: curriculum guide*. Pro Ed.
- Martins, C. A. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000).

- Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2007). Investing in primary care nursing: an important strategy in improving the health and well-being of women. *Contemporary nurse*, 26(1), 65-66.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (2010). Facilitating transicions: redifinitions of the nursing mission. In: Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle - range and situation - specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, A. P., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 7-16.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 649-651.
- Mortensen, J. A., & Barnett, M. A. (2015). Teacher–child interactions in infant/toddler child care and socioemotional development. *Early Education and Development*, 26(2), 209-229.
- Mortensen, J. A., & Barnett, M. A. (2019). Intrusive parenting, teacher sensitivity, and negative emotionality on the development of emotion regulation in early head start toddlers. *Infant Behavior and Development*, 55, 10-21.
- Nahidi, F., Gazerani, N., Yousefi, P., & Abadi, A. R. (2017). The comparison of the effects of massaging and rocking on infantile colic. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 67.
- National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network. (2000). Characteristics and quality of child care for toddlers and preschoolers. *Applied Developmental Science*, 4(3), 116-135.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Young children develop in an environment of relationships*. Harvard University, Center on the Developing Child.
- Nunes, L., Ruivo, A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto–Coletânea Descritiva de

Etapas. *Percursos [serial on line]*, 15, 1-38.

- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. In: Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Cadernos OE. Série I*, 1(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros & Conselho de Enfermagem. (2012). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização – Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde et al. (2018). Cuidando do desenvolvimento da primeira infância: uma estrutura para ajudar as crianças a sobreviver e prosperar para transformar a saúde e o potencial humano.
- Organização Mundial da Saúde & UNICEF. (2018). Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: plano de vinculação dos objetivos de Sobreviver e Prosperar para transformar a saúde e o potencial humano.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed editora.
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11).
- Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of advanced nursing*, 17(2), 204-216.
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República nº 35/11, 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Acedido a 11 out. 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, 133, 19192-19194. Acedido a 3 out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da república, 2.ª série, 26, 4744-4750. Acedido a 3 out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.
- Ribas Jr, R., & Bornstein, M. H. (2005). Parenting knowledge: Similarities and differences in Brazilian mothers and fathers. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), 5-12.
- Ribas Jr, R. D. C., Moura, M. L. S. D., & Bornstein, M. H. (2007). Mothers' cognitions about mothering and human development: a contribution to the study of parental psychology. *Journal of Human Growth and Development*, 17(1), 104-113.
- Rodgers, C. C. (2018). Cuidado da Criança Pequena Centrado na Família. In: Hockenberry, M. J., Wilson, D., Rodgers, C. C. (2018). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (10ª ed., pp. 354-379). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Royal College of Nursing. (2014). *Defining nursing is*. Acedido a 27 novembro de 2021. Disponível em: https://rcn.access.preservica.com/uncategorized/deliverableUnit_e067baf4-56f1-4499-98ff-ee7167e7cc79/?view=render
- Saitadze, I. (2021). Mediating effects of early childhood programs and high quality home environments on the cognitive development of poor children involved in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 120, 105736.
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2018). Core principles and techniques of positive parenting.
- Schön, D. (1992). Formar professores como profissionais reflexivos. *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 2, 77-91.
- Shah, R., Kennedy, S., Clark, M. D., Bauer, S. C., & Schwartz, A. (2016). Primary care-based interventions to promote positive parenting behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 137(5).
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's From Birth to Five Years: Children's Developmental Progress: Children's Developmental Progress*. Routledge.
- Shonkoff, J. P. (2012). Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(Supplement 2), 17302-17307.
- Sheridan, S. M., Edwards, C. P., Marvin, C. A., & Knoche, L. L. (2009). Professional development in early childhood programs: Process issues and research needs. *Early education and development*, 20(3), 377-401.

- Silva, S. M., & Costa, M. (2019). Massagem no tratamento da cólica infantil: uma revisão baseada na evidência.
- Simões, A. M., & Pereira, M. N. (2012). Reflective approach on parental education in community intervention. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 6(8).
- Smith, M. C. (2020). *Nursing theories and nursing practice*. (5th ed.). Philadelphia: FA Davis.
- Soares, H. M. (2011). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentabilidade: intervenção de enfermagem.
- Sousa, P. C. M. M. (2014). O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. Tese de Doutorado. Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde – Porto.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in early childhood special education*, 30(1), 3-19.
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Yue, A., Shi, Y., Luo, R., Wang, B., Weber, A., Medina, A., ... & Rozelle, S. (2019). Stimulation and early child development in China: caregiving at arm's length. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(6), 458-467.
- Xiong, X., Deng, L., & Li, H. (2020). Is winning at the start important: Early childhood family cognitive stimulation and child development. *Children and Youth Services Review*, 118, 105431.
- Walter, F., & Wrester, F. (2009). Early childhood development. *J Child Dev*, 23, 23.
- Wilson, S., McKenzie, K., Quayle, E., & Murray, G. (2014). A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child: care, health and development*, 40(1), 7-19.
- World Health Organization. (2014). WHO| 10 facts about early child development as a social determinant of health. WHO.
- World Health Organization. (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.
- World Health Organization. (2020). Improving early childhood development: WHO

guideline.

Zhang, X., & Chan, W. L. (2019). Effectiveness of the SIME program for infants and toddlers in center-based settings. *Research on Social Work Practice*, 29(6), 644-662.

ANEXOS

Anexo I – Certificados de Formação Profissional

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Vera Lúcia da Silva Letras natural de Setúbal nascida em 17/05/1984, com o N.º de Identificação Civil válido até 06/01/2030, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Educação Parental, em 02/06/2020, com a duração de 30:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Enquadramento Teórico	10:00	19
Exercício da Disciplina	10:00	20
Novas Formas de Parentalidade	10:00	19
Nota Final		19

Montemor-o-Velho, 23 de setembro de 2020

O(A) Responsável por E-Learn, Ptlms, Unipessoal Lda.


Formação a distância e consultoria
E-LEARN PTLMS, UNIPESSOAL, LDA.
(Assinatura e selo branco ou cunho)

Certificado n.º 393/2020 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

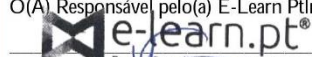
Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Vera Lúcia da Silva Letras natural de Setúbal nascida em 17/05/1984, com o N.º de Identificação Civil válido até 06/01/2030, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Intervenção Precoce na Infância, em 22/05/2021, com a duração de 15:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
A Intervenção Precoce em Portugal: Aspetos Conceituais e Legais	3:00	-
O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância	3:00	-
As Práticas Centradas na Família	3:00	-
Intervenção nos Contextos de Vida da Criança: O Ecomapa, a Entrevista Baseada nas Rotinas e o Plano Individual de Intervenção Precoce	3:00	-
O Trabalho de Equipa em Intervenção Precoce	3:00	-
Nota Final		20

Montemor-o-Velho, 31 de maio de 2021

O(A) Responsável pelo(a) E-Learn Ptlms, Unipessoal Lda.


(Assinatura e selo branco ou carimbo)
E-LEARN PTLMS, UNIPESSOAL, LDA.

Certificado n.º 183/2021 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma dos Estágios

	ANO		2020										2021																
	MÊS		Novembro		Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio				
	SEMANAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Dia		
	DIAS		23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10		
SERVIÇO	Data Início	Data Fim																											
Urgência Pediátrica	7/dez	17/jan					Férias																						
Neonatologia	18/jan	14/fev																											
Internamento Pediatria	15/fev	14/mar																											
USF	15/mar	16/abr																											
Centro de Desenvolvimento da Criança	17/abr	2/mai																											
Elaboração do Relatório de Estágio	23/nov	7/mai																											
Entrega do Relatório de Estágio	10/mai	10/mai																											

Presença em Estágio Presença em Estágio Presença em Estágio Presença em Estágio Presença em Estágio

Presença em Estágio
 Presença em Estágio
 Presença em Estágio
 Presença em Estágio
 Presença em Estágio

**Apêndice II – Protocolo de *Scoping Review*: Intervenções
Promotoras das Competências Parentais no Cuidado ao *Toddler***

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NO CUIDADO AO TODDLER: UM PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Autores: Vera Letras¹ •

²

¹ MSc Student, Enfermeira na Unidade Local de Saúde do
de Saúde Primários, Centro de Saúde de

² PhD, Enfermeira, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Autor para correspondência:

Vera Letras

vera.letras@campus.esel.pt

Resumo

Background: É um direito humano permitir que as crianças alcancem o seu pleno potencial de desenvolvimento. A enfermagem pediátrica assume uma intervenção fulcral no apoio e favorecimento dos cuidados para o desenvolvimento ideal das crianças, intervindo na promoção das competências parentais no cuidado ao *toddler*, através de cuidados antecipatórios. **Objetivo:** Identificar e mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras das competências parentais no desenvolvimento do *toddler* no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. **Métodos:** Realizou-se um protocolo de *scoping review* usando a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. **Conclusão:** Espera-se que contribua para o conhecimento dos cuidados de enfermagem existentes na promoção das competências parentais no cuidado ao *toddler*. **Palavras-Chave:** Enfermagem Pediátrica, Parentalidade, Capacitação, *Toddler*, Desenvolvimento Infantil.

Background

A World Health Organizations (WHO)⁽¹²⁾, com estimativas do ano 2016, divulga que 250 milhões, ou 43% das crianças de países de baixa e média renda não são capazes de alcançar todo o seu potencial de desenvolvimento. Embora estejamos com um progresso muito grande em alguns indicadores de sobrevivência, como a redução da taxa de mortalidade em menores de 5 anos, ainda estamos atrasados na redução do número de crianças que não conquistam o seu potencial de desenvolvimento completo. O desenvolvimento da primeira infância, é assim, uma área prioritária para a WHO uma vez que constitui uma janela de oportunidade para melhorar a saúde e a equidade.

Segundo o National Scientific Council on the Developing Child⁽⁶⁾ os primeiros anos de vida da criança são fundamentais porque o que ocorre na primeira infância irá influenciar a sua vida. De forma a garantir a promoção de um desenvolvimento saudável, a ciência mostra-nos que é necessário proteger e oferecer à criança relacionamentos responsivos, responsáveis, estimulantes e ricos em experiências de aprendizagem, que irão trazer benefícios permanentes para a sua aprendizagem, para o seu comportamento e para a sua saúde física e mental. Por outro lado, o stress continuado com origem nas adversidades significativas, como a pobreza extrema, o abuso ou negligência, podem debilitar o desenvolvimento da arquitetura cerebral, colocando o sistema corporal em permanente estado de alerta, aumentando os riscos de doenças crónicas.

No desenvolvimento infantil, a parentalidade assume um papel fundamental no desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança, sendo determinante que os pais se constituam como modelos emocionais, consigam passar pensamentos e modelem comportamentos emocionalmente saudáveis, com a valorização das especificidades, características e autonomia dos seus filhos⁽³⁾.

Os pais têm o dever e a responsabilidade de cuidar, proteger, socializar e educar a criança apoiando a promoção do seu desenvolvimento físico, moral e intelectual. As oportunidades para um desenvolvimento pleno estão dependentes do contexto familiar no qual a criança cresce e se desenvolve⁽²⁾.

Os três primeiros anos de vida são um período de maior suscetibilidade às influências ambientais, no qual se estabelecem as bases para a saúde, o bem-estar, a aprendizagem e a produtividade durante toda a vida e na geração subsequente. Neste período são estabelecidas as bases do desenvolvimento intelectual, emocional

e moral, no qual a família desempenha quase a totalidade das funções de socialização e cuidados psicoafectivos⁽¹⁾. A criança apresenta uma elevada plasticidade neural e uma rápida adaptação aos estímulos, que permite ao seu cérebro o desenvolvimento ao máximo potencial, ou não, dependendo das experiências que tenha⁽⁹⁾.

Sendo um direito humano permitir que as crianças alcancem o seu pleno potencial de desenvolvimento este é também um requisito essencial para o desenvolvimento sustentável⁽¹⁰⁾. A Enfermagem apresenta um papel fulcral no apoio e favorecimento dos cuidados para o desenvolvimento ideal da criança, uma vez que tem grande uma proximidade no seu cuidado às crianças e suas famílias.

São alvo da intervenção do enfermeiro a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, prestando cuidados antecipatórios às famílias com o objetivo da maximização do potencial de desenvolvimento infantil; gerir o bem-estar da criança; detetar precocemente e encaminhar situações que possam interferir negativamente na vida ou qualidade de vida da criança⁽⁸⁾.

Segundo os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, cadernos da OE⁽⁷⁾, na área da saúde infantil, "(...) os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem (...)".

No Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, tem-se em atenção, nos Cuidados de Saúde Primários, como linha de atuação, a valorização dos cuidados antecipatórios como promotores da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais/cuidadores conhecimentos necessários a um melhor desempenho do exercício da parentalidade na promoção e proteção dos direitos da criança. As Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil proporcionam uma base objetiva de informação sobre a criança e a sua família, servindo de orientação na identificação dos cuidados adequados à estimulação do máximo potencial do seu desenvolvimento, sendo também um meio de detetar precocemente alterações no desenvolvimento e de se conseguir intervir o mais precocemente possível nas funções afetadas ou fatores de risco, aumentando as probabilidades de sucesso das nossas intervenções ⁽⁴⁾.

A implementação de programas de cuidados e educação na primeira infância, segundo a WHO⁽¹¹⁾, pode aumentar as hipóteses de sucesso das crianças, pelo que os investimentos em intervenções precoces programadas são fundamentais para se aproveitar as fases cruciais do desenvolvimento do cérebro da criança. Para tal, devem ser melhoradas as condições para que as famílias cuidem dos seus filhos.

Numa pesquisa inicial, em que se inclui Cochrane Database of Systematic Reviews, PubMed, CINAHL e MEDLINE, revelou que não existe uma Revisão *Scoping* ou Revisão Sistemática da Literatura, publicada ou em andamento, sobre o tema.

Este protocolo de *scoping review* seguiu as diretrizes da metodologia JBI, que sugere a identificação do objetivo/questões da pesquisa, os critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa e algumas especificidades de extração e apresentação dos resultados⁽⁵⁾.

Face ao exposto, o presente protocolo de *scoping review* tem como objetivo identificar e mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras das competências parentais no desenvolvimento do *toddler* no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, dando resposta à questão: Quais os cuidados promotores da capacitação parental no desenvolvimento do *toddler* nos Cuidados de Saúde Primários?

Crítérios de Inclusão

Serão enumerados os critérios de inclusão definidos para este estudo, explicitando qual o tipo de participantes, conceito, contexto e os tipos de estudos que serão incluídos.

Tipo de participantes

Neste protocolo de *scoping review* iremos considerar todos os estudos que englobam pais de crianças em idade *toddler*.

Conceito

O presente protocolo de *scoping review* irá ter em conta toda a pesquisa que aborde cuidados dirigidos à promoção das competências parentais no desenvolvimento da criança em idade *toddler*.

Contexto

Este protocolo de *scoping review* irá considerar todos os estudos que abordem intervenções de enfermagem promotoras das competências parentais, dirigida aos pais de crianças em idade *toddler*, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Tipos de estudo

O protocolo de *scoping review* abrangerá todos os estudos de investigação primários, secundários, quantitativos e qualitativos. Serão também consideradas as revisões

sistemáticas de literatura, revisões da literatura, artigos de opinião de peritos na área e teses ou projetos. Incluímos todos os estudos em língua portuguesa, espanhola, francesa e inglesa, sem limite temporal.

Serão excluídos todos os estudos que não incluam pais de crianças em idade *toddler*.

Métodos

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar estudos que tratem a temática, publicados em língua portuguesa, espanhola, francesa e inglesa, sem limitação temporal, uma vez que pretendemos abranger toda a literatura que existe sobre o tema em estudo.

Primeira Etapa

Foram mobilizados os elementos PCC de forma a definir-se os termos de pesquisa e as suas combinações. A pesquisa inicial foi realizada nas bases de dado CINAHL e MEDLINE, usando palavras-chave obtidas a partir da linguagem natural. Procedeu-se à identificação dos termos de indexação que foram utilizados nas pesquisas nas bases de dados (Quadro 1 e Quadro 2).

Segunda Etapa

As palavras de texto utilizadas no título e resumo de artigos relevantes permitirão a segunda etapa da pesquisa, identificando palavras-chave e itens de índice. Estes serão então utilizados numa segunda pesquisa extensiva nas bases de dados.

Terceira Etapa

Analisar-se-ão as referências bibliográficas dos estudos identificados anteriormente. Serão pesquisados estudos não publicados e literatura cinzenta no Google Scholar e JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.

Fontes que nos surgirem duplicadas ou as publicações que não estiverem diretamente relacionadas com a temática em estudo, serão eliminadas.

Extração dos dados

Após a seleção dos estudos, utilizando os critérios de inclusão definidos anteriormente, proceder-se-á à recolha dos dados que tem como objetivo dar resposta à questão formulada inicialmente neste protocolo de revisão *scoping*.

Dois revisores irão extrair os dados de forma independente. Qualquer desacordo em ambos será resolvido com recurso a um terceiro revisor. A extração de dados incluirá dados específicos sobre a população, intervenções, métodos de estudo e resultados significativos para a questão e objetivos específicos em revisão. Por se tratar duma *scoping review* será dada mais relevância à sensibilidade do que à especificidade na procura de artigos relacionados.

A organização dos dados reunidos será concretizada através de um quadro (quadro 3) onde constarão os elementos identificativos de cada artigo como o autor, o ano de publicação, o país onde foi realizado o estudo, a metodologia e o contexto onde foi desenvolvido. A utilização deste instrumento tem como objetivo facilitar a consulta dos dados presentes nos artigos selecionados para a elaboração da *scoping review*.

A extração dos dados compreenderá os elementos particulares dos estudos referidos anteriormente, bem como, os resultados significativos que irão de encontro à pergunta e objetivos deste protocolo de *scoping review*.

Avaliação da qualidade metodológica

A *scoping review* pretende mapear e descrever a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras das competências parentais no desenvolvimento do *toddler* no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Por se tratar duma *scoping review* não será feita formalmente a avaliação da qualidade metodológica.

Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados será efetuada sob a forma de quadro, possibilitando um mapeamento dos dados extraídos e discutidos de forma narrativa, de modo a relacioná-los com o objetivo e com a questão de partida. Estes serão apresentados sob a forma de um texto descritivo, dando resposta à questão formulada durante a realização do protocolo.

Conflitos de interesse

Não existe nenhum conflito de interesse a reportar neste protocolo de *scoping review*.

Referências bibliográficas

1. Brazelton, T. B. (2018). O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. (14.a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
2. Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise psicológica*, 22(1), 55-64.
3. Dadam, S. H. (2011). Programa de orientação para a parentalidade: avaliação da sua importância e momento adequado de aplicação: Portugal-Brasil (Doctoral dissertation).
4. Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.
5. Joanna Briggs Institute. (2019). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017 edition. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2017.
6. National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Young children develop in an environment of relationships*. Harvard University, Center on the Developing Child.
7. Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Cadernos OE. Série I*, 1(3).
8. Regulamento nº 351/2015 (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República nº 35/11, 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Acedido a 11 out. 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>.
9. Rosenthal, MS, Crowley, AA e Curry, L. (2009). Promovendo o desenvolvimento infantil e a saúde comportamental: as perspectivas dos provedores de cuidados infantis familiares. *Journal of Pediatric Health Care*, 23 (5), 289-297.
10. UNICEF, A., & UNICEF. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. *Adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em, 20*.
11. World Health Organization [WHO]. (2014). WHO| 10 facts about early child development as a social determinant of health. WHO.
12. World Health Organization [WHO]. (2020). Improving early childhood development: WHO guideline.

Quadro 1 – Resultados base de dados CINAHL

Bases de Dados	PCC	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	Número de Pesquisa	Número de Resultados
CINAHL	P Pais de Crianças em Idade <i>Toddler</i>	Parents	Parents	S1	22,066
		Parents of infants	Parent-Infant Relations	S2	521
		Parenting	Parenting	S3	12,282
		Child	Infant	S4	687
		<i>Toddler</i>	Child, Preschool	S5	384
		S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5		S6	34,535
	C Promoção das Competências Parentais	Parenting Skills	Parental Role	S7	1,718
		Parenting Skills	Parental Behavior	S8	1,212
		Empowerment	Empowerment	S9	5,102
		Child Development	Infant Development	S10	3,676
		Child Development	Child Development	S11	13,706

49

Quadro 1 – Resultados base de dados CINAHL

		S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11		S12	24,876
	C Cuidados de Saúde Primários	Primary Health Care	Primary Health Care	S13	39,297
		Total	S6 AND S12 AND S13	S14	4

50

Resultados base de dados CINAHL 25-10-2020

S14	S6 AND S12 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4
S13	(MM "Primary Health Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,297
S12	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	24,876
S11	(MM "Child Development")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,706
S10	(MM "Infant Development")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,676
S9	(MM "Empowerment")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,102
S8	(MM "Parental Behavior")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,212
S7	(MM "Parental Role")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,718
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	34,535
S5	(MM "Child, Preschool")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	384
S4	(MM "Infant")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	687
S3	(MM "Parenting")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,282
S2	(MM "Parent-Infant Relations")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	521
S1	(MM "Parents")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	22,066

51

Quadro 2- Resultados base de dados MEDLINE

Bases de Dados	PCC	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	Número de Pesquisa	Número de Resultados
MEDLINE	P Pais de Crianças em Idade <i>Toddler</i>	Parents	Parents	S1	35,121
		Parenting	Parenting	S2	11,105
		Child	Infant	S3	3,401
		<i>Toddler</i>	Child, Preschool	S4	612
		S1 OR S2 OR S3 OR S4		S5	48,142
	C Promoção das Competências Parentais	Promoting	Health Promoting	S6	49,261
		Parenting Skills	Health Behavior	S7	26,597
		Empowerment	Empowerment	S8	179
		Child Development	Child Development	S9	28,892
		S6 OR S7 OR S8 OR S9		S10	101,597
	C	Primary Health Care	Primary Health Care	S11	50,859
		Primary Health Care	Primary Care Nursing	S12	372

52

Quadro 2– Resultados base de dados MEDLINE

	Cuidados de Saúde Primários	S11 OR S12		S13	51,173
		Total	S5 AND S10 AND S13	S14	24

53

#	Consulta	Limitadores / Expansões	Última Execução Por	Resultados
S14	(S11 OR S12) AND (S5 AND S10 AND S13)	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	24
S13	S11 OR S12	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	51.173
S12	(MM "Primary Care Nursing")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	372
S11	(MM "Primary Health Care")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	50.859
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	101.597
S9	(MM "Child Development")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	28.892
S8	(MM "Empowerment")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	179
S7	(MM "Health Behavior")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	26.597
S6	(MM "Health Promotion")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	49.261
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	48.142
S4	(MM "Child, Preschool")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	612
S3	(MM "Child")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3.401
S2	(MM "Parenting")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecri e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	11.105
S1	(MM "Parents")	Expansões - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	35.121

54

Quadro 3 – Quadro de extração de dados

[illegible]

**Apêndice III – Revisão da Literatura: Intervenções promotoras
das competências parentais na promoção do conforto no recém-
nascido pré-termo hospitalizado**



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

Unidade Curricular Estágio com Relatório
Revisão da Literatura

**INTERVENÇÕES PROMOTORAS DAS COMPETÊNCIAS
PARENTAIS NA PROMOÇÃO DO CONFORTO NO RECÉM-
NASCIDO PRÉ-TERMO HOSPITALIZADO**

Vera Lúcia da Silva Letras

Lisboa

2021

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA PROMOÇÃO DO CONFORTO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO HOSPITALIZADO

Autores: Vera Letras¹ • Sónia Colaço² •

³

¹ MSc Student. Enfermeira

² MSc, Enfermeira, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

³ MSc, Enfermeira no

Autor para correspondência:

Vera Letras

vera.lettras@campus.esel.pt

Resumo

Background: Nos cuidados ao recém-nascido pré-termo dever-se-á responder às suas necessidades específicas, envolvendo a promoção do conforto e estabilidade, reduzindo o stress causado por intervenções terapêuticas e ambientais e identificando os fatores de desconforto, com a valorização da sua minimização. A enfermagem tem uma intervenção fulcral no apoio e favorecimento dos cuidados para o desenvolvimento ideal das crianças, apoiando com cuidados antecipatórios na promoção das competências parentais. **Objetivo:** identificar e mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem, promotoras das competências parentais, na promoção do conforto do recém-nascido pré-termo hospitalizado. **Métodos:** Realizou-se uma revisão da literatura usando a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. **Conclusão:** Espera-se que contribua para o conhecimento dos cuidados de enfermagem existentes na promoção das competências parentais, no cuidado ao recém-nascido pré-termo hospitalizado. **Palavras-Chave:** Enfermagem Pediátrica, Parentalidade, Capacitação, Recém-nascido Pré-Termo, Conforto.

ÍNDICE

Introdução.....	5
1. Fundamentação Teórica.....	9
1.1. Recém-Nascido Pré-Termo Hospitalizado	9
1.2. Dor e Stress no Recém-Nascido Pré-Termo.....	10
1.3. Papel dos Pais na Unidade de Cuidados Neonatais	12
1.4. Estratégias Não Farmacológicas na Promoção do Conforto	13
1.5. Intervenções Para a Capacitação Parental na Promoção do Conforto..	15
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

Introdução

Observou-se, ao longo do século XIX, a um enorme avanço da medicina neonatal, e logo a uma mudança significativa nos cuidados neonatais, sustentada em progressos tecnológicos e farmacológicos, que permitem salvar a vida de recém-nascidos pré-termos (RNPT), recém-nascido (RN) de baixo peso e bebês doentes (Barros, 2006).

As taxas de sobrevivência dos RNPT (nascimentos antes das 37 semanas de gestação), inclusive de RN de muito baixo peso e de extremo baixo peso, tem vindo a aumentar de forma drástica, constituindo-se um desafio cada vez maior na área da saúde (Als, 2009), uma vez que estes, em comparação com a restante população, apresentam um risco de problemas de desenvolvimento consideravelmente mais elevado (Warren & Bond, 2010).

Existe uma imaturidade dos sistemas do bebé prematuro que irá refletir na sua forte vulnerabilidade perante o que o envolve, com especificidades que dificultam a sua interação com o mundo que o rodeia, que o sujeita a uma sobre estimulação de luzes, sons e manipulações, e que podem levar ao comprometimento da sua disponibilidade para comunicar com o meio e o próprio desenvolvimento extrauterino (Brazelton, 2018). A transição para a vida pós-natal torna-se assim um grande desafio para um RNPT cujos sistemas orgânicos não estão completamente amadurecidos (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Na rotina de uma unidade de cuidados neonatais, são vários os procedimentos (ruídos, luz intensa e contínua, procedimentos clínicos invasivos), que trazem desafios ao cuidar nesta área, sendo necessário um tratamento especializado para a sobrevivência do RN (Lamego, Deslandes & Moreira, 2005).

O RN hospitalizado, vê-se assim colocado num ambiente inóspito, onde existe uma exposição intensa a estímulos nociceptivos como a dor e o stress, de uma forma frequente (Moreira, Braga & Morsch, 2003).

Sabe-se, atualmente, que o RN tem dor e que guarda memória da dor, sendo que a dor não tratada tem várias consequências, quer imediatas, quer a longo prazo, e o seu controlo é um indicador de qualidade dos cuidados prestados, não só a nível ético, mas pelas suas implicações no neurodesenvolvimento da criança (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012).

Os cuidados ao RN deverão responder às suas necessidades, envolvendo a promoção do conforto e estabilidade, reduzindo o stress causado por intervenções

terapêuticas e ambientais, identificando os fatores de desconforto e valorizando a sua minimização (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

As crianças e as suas famílias necessitam de ser confortadas em situações de stress relacionadas com a saúde, sendo o conforto um importante *outcome* nos cuidados que são prestados. É cada vez mais visível a preocupação com o conforto das crianças e das suas famílias, particularmente quando estas são sujeitas a procedimentos invasivos, havendo a necessidade, nestas situações, de se recorrer a estratégias de conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Surgem assim as medidas não farmacológicas, frequentemente com intervenções de carácter psicológico, relatadas como eficientes na dor em procedimentos dolorosos ou como suplemento dos analgésicos, aumentando o sentimento de controlo da dor e promovendo maior autonomia da criança e família. A sua escolha deve reconhecer o desenvolvimento da criança, assim como o contexto envolvente e a situação particular (OE, 2013).

O facto do enfermeiro reconhecer a individualidade da dor da criança assim como a sua variabilidade, na perceção, manifestação e respostas conseguidas, contribuirá para que este preste cuidados diferenciados, ajudando-a e à sua família a lidarem com a situação de dor, apoiando na sua expressão e planeando intervenções individualizadas (OE, 2013).

Sendo a dor, o stress e o bem-estar da criança uma preocupação do cuidado em enfermagem pediátrica, mas também dos pais, que pode provocar instabilidade e desequilíbrio da unidade familiar, serão exploradas as terapias não farmacológicas para o alívio da dor, promovendo a segurança e o bem-estar do RN e família, com a promoção das competências parentais e contribuindo, desta forma, para uma tomada de decisão consentânea, na prestação de cuidados, com o desenvolvimento deste conhecimento.

O enfermeiro deve atender às preferências da família assim como da criança, minimizando os efeitos negativos da hospitalização, garantindo a preparação e planeamento adequado da alta, proporcionando conforto e apoio à criança e família (Sanders, 2014). Este deverá capacitar a família, promovendo a saúde e prevenindo a doença, criando oportunidades e meios adequados para o desenvolvimento das competências parentais e potencialização da interação entre os profissionais de saúde e família, quer no planeamento de cuidados, quer na tomada de decisão num sentido de trabalho em parceria (Sanders, 2014).

Face ao exposto, a presente revisão da literatura tem como objetivo identificar e mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras das competências parentais na promoção do conforto do RNPT hospitalizado, dando resposta à questão: Quais os cuidados promotores da capacitação parental na promoção do conforto ao recém-nascido pré-termo hospitalizado?

Numa pesquisa inicial em que se inclui *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, CINAHL e MEDLINE revelou que não existe uma Revisão *Scoping* ou Revisão Sistemática da Literatura, publicada ou em andamento, sobre esta temática.

Irão ser considerados todos os estudos que abordem intervenções de enfermagem promotoras das competências parentais na promoção do conforto do RNPT hospitalizados.

Abrangerá todos os estudos de investigação primários, secundários, qualitativos e quantitativos. Serão consideradas as revisões sistemáticas de literatura, revisões da literatura, artigos de opinião de peritos na área, projetos ou teses.

Serão incluídos todos os estudos em língua portuguesa, espanhola, francesa e inglesa, pelo período temporal de cinco anos.

Foi realizado uma revisão da literatura que seguiu a metodologia descrita pelo *Joanna Briggs Institute*, utilizando a estratégia PCC, participantes, conceito e contexto, em que o tipo de participantes incluem pais de RNPT. Quanto ao conceito, são integrados todos os estudos que abordem as intervenções de enfermagem promotoras das competências parentais na promoção do conforto do RNPT. Em relação ao contexto foram considerados os estudos referentes ao contexto de hospitalização.

Na estratégia de pesquisa foram mobilizados os elementos PCC apresentados, de forma a definir-se os termos de pesquisa e as suas combinações. Terá como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados.

Uma pesquisa inicial limitada de MEDLINE e CINAHL foi realizada, seguida pela análise das palavras do texto contidas no título e no resumo, e dos termos de índice usados para descrever o artigo.

Na pesquisa inicial realizada na CINAHL e MEDLINE foram usadas as palavras-chave obtidas a partir da linguagem natural: Parenting, Newborn Premature, Empowerment, Hospitalization, Comfort.

Procedeu-se de seguida à análise das palavras do título e do background dos artigos obtidos e por último a identificação dos termos de indexação.

Na segunda etapa partiu-se das palavras-chave identificadas e dos termos de indexação para a pesquisa nas bases de dados, CINAHL (quadro 1) e MEDLINE (quadro 2).

Por último, analisaram-se as referências bibliográficas dos estudos identificados anteriormente, sendo que a lista de referência de todos os estudos selecionados para avaliação crítica será rastreada para estudos adicionais.

Foram também pesquisados estudos não publicados e literatura cinzenta no *Google Scholar* e *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*.

Fontes que surjam duplicadas ou as publicações que não estiverem diretamente relacionadas com a temática em estudo, serão eliminadas.

Após a seleção dos estudos, utilizando os critérios de inclusão definidos, procedeu-se à recolha dos dados com o objetivo de dar resposta à questão formulada inicialmente na revisão da literatura.

A extração de dados incluirá dados específicos sobre a população, intervenções, métodos de estudo e resultados significativos para a questão e objetivos específicos em revisão.

A organização e apresentação dos dados reunidos será concretizada através de um quadro (quadro 3) onde constarão os elementos identificativos de cada artigo como o autor, o ano de publicação, o país onde foi realizado o estudo, a metodologia e o contexto onde foi desenvolvido. A utilização deste instrumento tem como objetivo facilitar a consulta dos dados presentes nos artigos selecionados para a elaboração desta revisão da literatura.

Será realizado um mapeamento dos dados extraídos e discutidos de forma narrativa, de modo a relacioná-los com o objetivo e com a questão de partida. Estes serão apresentados sob a forma de um texto descritivo, dando resposta à questão formulada.

Por se tratar duma revisão da literatura não será feita formalmente a avaliação da qualidade metodológica.

Não existe nenhum conflito de interesse a reportar.

1. Fundamentação Teórica

1.1. Recém-Nascido Pré-Termo Hospitalizado

Em todo o mundo, por ano, ocorrem cerca de 13 milhões de partos pré-termos, tendo aumentado a incidência nos países ocidentais com o aumento da idade das mulheres grávidas e dos tratamentos de infertilidade (Als, 2009). Em Portugal, entre 2014 e 2019, observou-se um aumento da percentagem de RN de baixo peso, representando 8,9% do total de nascimentos com vida no ano de 2019, com valores acima nas mães com menos de 19 anos e com idade igual ou superior a 35 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Numa unidade de neonatologia, o RNPT é uma das crianças mais frequentes, sendo defendida a importância do prematuro permanecer junto da mãe durante o seu internamento, perante o risco de se conseguir salvar o bebé, mas de se perder, porventura, a mãe (Gomes-Pedro, 1985).

De forma a cuidar do RNPT internado e a reduzir os níveis de *stress* a que está sujeito, considera-se pertinente referir a Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado (Levin, 1999), que surge como complemento ao movimento Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que defende a promoção da amamentação e permanência contínua do RN junto da mãe durante o internamento, no sentido de fomentar a vinculação precoce (Figueiredo, 2007).

O RNPT é confrontado com múltiplas tarefas, que para além de ter de começar a respirar e a comer tem de adaptar-se ao clima e responder ao confuso ambiente circundante, muito diferente da vida *in útero*, sendo as características da vida pós-natal diferenciadas ao nível do ambiente, temperatura, nutrição, estimulação, eliminação metabólica e fornecimento de oxigénio (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Whitfield & Grunau (2000), referem-nos que em vários estudos se verificam as interferências nos sistemas de autorregulação do RN, que acarretam desequilíbrios nos mecanismos de homeostase assim como na aprendizagem e desenvolvimento cognitivo da criança.

Tendo em conta as necessidades específicas do RN, a prestação de cuidados, dever ser organizada com rotinas criadas em função do seu desenvolvimento específico, assim como o ambiente que o envolve, promovendo o seu desenvolvimento contínuo nas melhores condições de conforto e bem-estar (Barros, 2006).

Pretende-se com a humanização dos cuidados de saúde, um conjunto de iniciativas que visam a produção de cuidados capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de um acolhimento e respeito cultural e ético ao cliente dos cuidados, de locais de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico, assim como à satisfação dos profissionais de saúde e os seus clientes (Deslandes, 2004; Puccini & Cecílio, 2004 citados por Lamego, Deslandes & Moreira, 2005).

1.2. Dor e Stress no Recém-Nascido Pré-Termo

A definição de dor pela *International Association for the Study of Pain*, foi revista e aceite pelo seu Conselho em 2020, surgindo como uma experiência que envolve não só um componente sensorial, mas, também, uma componente emocional desagradável, associada a um dano potencial ou real do tecido (Raja et al., 2020). Constata-se nesta definição a dor como uma experiência individual e subjetiva e com uma componente sensorial e emocional.

A componente sensorial da dor está relacionada com o estágio de desenvolvimento, o estado afetivo, as experiências anteriores assim como outros fatores de cariz pessoal, espiritual e cultural (Batalha, 2010).

A dor no RN e o stress associado à dor, estão relacionados com o compromisso do crescimento pós-natal, a um neurodesenvolvimento precoce pobre e a alterações morfológicas do desenvolvimento cerebral (Coughlin, 2017). Pode ser compreendida e desencadeada por reações emocionais, motoras e fisiológicas desde o nascimento ou desde o período de início da sua trajetória de desenvolvimento (Linhares & Doca, 2010).

Nos cuidados ao RN, a dor, surge como um dos grandes desafios para a Enfermagem, uma vez que é nesta fase do seu ciclo vital que estes apresentam uma hiperalgia, devido aos seus três principais eixos da dor, periféricos e centrais, que estão presentes e funcionais na 24ª semana de gestação, em contraste ao seu sistema inibidor ainda indiferenciado aos três meses de vida (Batalha, Santos & Guimarães, 2007).

A partir das 24 semanas de gestação, o RN, dá resposta aos estímulos dolorosos através de manifestações comportamentais e fisiológicas mensuráveis. No primeiro mês de vida, quando saudáveis, e são submetidos a procedimentos invasivos, a dor poderá ser prevenida por medidas não-farmacológicas/sensoriais. Quando o RN é de pré-termo ou nasce doente, o internamento em UCIN é acompanhado por vários

procedimentos invasivos, quer terapêuticos, quer de diagnóstico, podendo estar também presentes condições clínicas ou tratamentos que dão origem a dor aguda e/ou persistente (DGS, 2012b).

No entanto, por muitos anos, acreditou-se que o RN não conseguia sentir dor, pela falta de maturidade do Sistema Nervoso Central, ausência da bainha de mielina e deficiência da memória da dor, sendo este, submetidos a vários procedimentos dolorosos sem medidas para minimizar ou avaliar a dor (Bieda, 2007).

Segundo Page (2004), o RN apesar de não manter de forma consciente uma memória da sua experiência de dor, a evidência demonstra que fica registada no seu corpo e que a ineficiência do controlo da mesma irá apresentar consequências a longo prazo, nomeadamente com implicações no seu neurodesenvolvimento.

Segundo Coughlin (2017), o trauma para o RN e para o bebé hospitalizados é considerado a interrupção crónica de uma sensação de proteção, segurança e conexão, sendo que essa rutura é expressa por meio de instabilidade e perturbações que podem não ser reconhecidas como sinais e sintomas de trauma. A forma como a informação do ambiente é processada e recebida pelo RN pré-termo, assim como o tipo de resposta individual ao stress, irão condicionar mudanças evolutivas no seu sistema nervoso, levando à ativação prolongada dos sistemas de resposta ao stress, 'stress tóxico', comprometendo o desenvolvimento cerebral e aumentando a suscetibilidade individual da saúde mental na sua fase adulta (Coughlin, 2017).

Várias pesquisas têm contribuído para o esclarecimento da ocorrência da dor nos RN, assim como para a conscientização dos profissionais que prestam cuidados aos neonatos, sendo a dor no RN considerada um dos aspetos de grande relevância no contexto da assistência humanizada (Franck, 2002).

Sendo uma medida neuroprotetora, minimizar o stress e a dor, torna-se importante a sua prevenção, avaliação e tratamento, devendo ser uma prioridade nos serviços de saúde onde o cliente é o RN (Altimier & Philips, 2013).

A criança, ao longo do seu ciclo vital, é sujeita a vários procedimentos dolorosos, tornando-se imperativo que os profissionais direcionem a sua prática com o objetivo do controlo da dor na promoção da qualidade de vida da criança, assim como lhe proporcionar uma experiência o menos desagradável possível (DGS, 2012a).

No cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, surge, como uma das filosofias mais abrangentes, os cuidados não traumáticos, que pressupõe o uso de intervenções que minimizam ou eliminam o desconforto físico e psicológico vivido pela criança e família, no contacto destes com os serviços de saúde, sendo os seus três

eixos fundamentais a prevenção e minimização da separação da criança com a sua família, a promoção da sensação de controlo e a prevenção ou minimização da lesão corporal e dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

A avaliação de dor em recém-nascidos de termo ou pré-termo é realizada principalmente através de instrumentos observacionais, onde se incluem sistemas de codificação de comportamentos específicos, sendo vários os instrumentos recomendados para avaliar a dor nesta faixa etária, sendo que a partir da descrição destes instrumentos, constata-se que a atividade facial dos recém-nascidos, frente ao estímulo doloroso integra um forte indicador de dor (Linhares & Doca, 2010).

1.3. Papel dos Pais na Unidade de Cuidados Neonatais

Se para os enfermeiros a necessidade de hospitalização de um RNPT pode ser considerada normal, para a família é uma situação angustiante, que provoca medo do desconhecido (Silva, 2011). Esta hospitalização leva aos pais a viverem uma fase de angústia e medo, em que a imagem do seu filho real é muito diferente da imaginada, o que dificulta a sua adaptação à parentalidade e a separação, assim como o ambiente hospitalar, constituem constrangimentos na criação do vínculo afetivo (Santos, Moraes, Vasconcelos & Araújo, 2007).

Na UCIN, o RNPT que está à frente dos pais, um bebé pequeno, é diferente daquele imaginado, com muitos fios, tubos e luzes, representando um ambiente assustador, em que os pais deixam de ter controlo (Silva, 2011).

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, refere que os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho, na medida em que podem proporcionar o seu desenvolvimento e crescimento, protegendo-o com afeto (Casey, 1993).

No entanto, são poucos os estudos que se têm centrado na transição que os pais experienciam, sabendo-se escassamente sobre as experiências destes, o seu impacto emocional na ida do RN para casa e para cuidarem do seu filho, quando têm dor ou desconforto (Murdoch & Franck, 2012).

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, desenvolverá um processo de negociação partilhada com a família, respeitando-a, assim como às suas necessidades, desejos e competências, salvaguardando o não incentivo aos pais a realizarem cuidados técnicos que não sejam da sua esfera de competências (Casey, 1993).

O apoio dos avós do bebé, do cônjuge e a relação com a equipa do hospital, assim como a evolução clínica favorável e o seu envolvimento nos cuidados, são vistos como facilitadores da transição enfrentada pelos pais perante as vivências destes face à prematuridade do seu filho (Inácio, 2012). Sendo referidos, como elementos dificultadores da transição o ambiente físico da UCIN, a separação do seu filho, o facto de existir outro filho e sentimentos de medo, tristeza e culpa (Inácio, 2012).

É da competência dos enfermeiros ajudar os pais a conhecerem e aceitarem o seu filho, facultando-lhes condições para que se sintam aptos para cuidarem do seu filho ao estabelecer com estes uma relação de parceria de cuidados (Silva, 2011).

Cientes da importância de compreender como é que os pais percecionam a vivência face ao internamento de um RN prematuro, abraçamos este estudo qualitativo que nos ajuda a identificar os sentimentos vivenciados pelos pais face ao nascimento antecipado de um filho e a demonstrar a influência da hospitalização na adaptação à parentalidade.

1.4. Estratégias Não Farmacológicas na Promoção do Conforto

A *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (Van Bel et al., 2018) refere o Cuidado do Desenvolvimento Centrado na Criança e na Família como um termo descritivo para uma organização do cuidado ao RN que incorpora as teorias e conceitos do neuro-comportamento, neurodesenvolvimento, interação pais-bebé, envolvimento dos pais, promoção da amamentação, adaptação ao ambiente e mudança dos sistemas hospitalares. Estes visam a implementação de cuidados centrados no bebé e na sua família, a fim de apoiar de forma otimizada a saúde e desenvolvimento do mesmo (Van Bel et al., 2018).

Os Cuidados para o Desenvolvimento surgem com o objetivo de diminuir o impacto negativo da unidade de cuidados neonatais nos pré-termos assim como na promoção de um normal desenvolvimento (Kornusky, 2011), através de intervenções que englobam um cuidado humano em que a criança tem direito a ser protegida da dor, a ser ouvida e dormir, ter Cuidados Centrados na Família (CCF) numa parceria entre pais e profissionais, uma intervenção com o toque positivo, o método canguru, o ambiente e cuidado individualizado fundamentado nas suas necessidades e progressos (Warren & Bond, 2010).

De forma a orientar a intervenção das equipas de uma UCIN, na sua prestação de cuidados de desenvolvimento para os RN pré-termo, são descritas por Altimier e

Phillips (2013), sete medidas essenciais que incluem o ambiente terapêutico, a parceria com as famílias, a posição e manipulação, proteger a pele, otimizar a nutrição, proteção do sono e minimizar o stress e a dor.

Quando o RN está inserido no contexto de unidades neonatais, torna-se ainda mais complexo o seu controlo da dor, uma vez que é alvo constante de procedimentos dolorosos. Neste sentido torna-se importante compreender os cuidados promotores do desenvolvimento do RN na intervenção do controlo da dor.

Com o uso de estratégias não farmacológicas, pretende-se reduzir a perceção da dor, torná-la mais tolerável, reduzir a ansiedade e proporcionar aumento do conforto e sensação de controlo (Hockenberry & Wilson, 2014).

São várias as intervenções não farmacológicas que se mostram eficazes para o alívio da dor, como são exemplo as soluções adocicadas (sacarose e glicose), o contacto pele a pele nos recém-nascidos, assim como as intervenções cognitivas e comportamentais (distração e relaxamento) para crianças (Linhares & Doca, 2010).

As crianças e as suas famílias necessitam de ser confortadas em situações de stress relacionadas com a saúde, sendo o conforto um importante *outcome* nos cuidados que são prestados. É cada vez mais visível a preocupação com o conforto das crianças e das suas famílias, particularmente quando estas são sujeitas a procedimentos invasivos, havendo a necessidade, nestas situações, de se recorrer a estratégias de conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Na situação dos procedimentos invasivos, na Teoria de médio alcance de Kolcaba, a promoção do conforto deve ser articulada com o modo de atuação nos quatro contextos da experiência. No conforto social, a preparação da criança e da sua família evitando a expressão 'dor' durante a explicação do procedimento; o conforto social e psico-espiritual, promovendo a presença dos pais e/ou cuidadores; o conforto ambiental, realizando o procedimento na sala de tratamentos ao invés do quarto da criança; o conforto físico, promovendo um posicionamento de conforto da criança; e o conforto ambiental, mantendo um ambiente positivo e calmo (Kolcaba & DiMarco, 2005).

São vários os estudos científicos que referem as consequências nefastas imediatas e a longo prazo da dor não tratada no RN, documentando, numa perspetiva de cuidados de apoio ao desenvolvimento, ser essencial fazer a gestão dos estímulos ambientais (através da luminosidade da sala e das incubadoras de acordo com o estágio de desenvolvimento do RN prematuro e a redução do ruído ambiente, com a promoção do silêncio dentro da unidade e diminuição do volume dos alarmes sonoros

dos monitores); a redução das manipulações; e o envolvimento dos pais nos cuidados (DGS, 2012b; Altimier & Philips, 2013).

São considerados critérios de boa prática para o controlo da dor nos RN: o uso de protocolos de atuação multiprofissionais com atualizações para o controlo da dor neonatal, que ajustem necessariamente intervenções não farmacológicas e farmacológicas; profissionais com formação na avaliação da dor e utilização das intervenções de controlo da dor; promover a presença dos pais e a sua colaboração nos cuidados é preparada; e realização de auditorias através de processos de melhoria contínua da qualidade (DGS, 2012b).

Intervenções sensoriais para controlo da dor: amamentação, canguru materno, sucção não nutritiva, contenção com lençol ou contenção manual, glicose a 30% ou sacarose a 24% (DGS, 2012b).

A promoção do conforto encontra-se muitas vezes relacionada com o alívio da dor no RN (OE, 2013), mas, na Teoria de médio alcance do Conforto de Kolcaba, vai muito além disso, sendo definido como a "(...) experiência imediata holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (física, psico-espiritual, social e ambiental)" (Dowd, 2004, p.484).

1.5. Intervenções Para a Capacitação Parental na Promoção do Conforto

Os enfermeiros reúnem um conjunto de competências que lhes permite o desenvolvimento de relações terapêuticas que são promotoras da educação para a saúde com a família, sendo os escolhidos pela equipa multidisciplinar, para tratar do processo da alta, com a realização do ensino através da observação, participação com supervisão e demonstração da aquisição da habilidade, deverão ser incentivados os cuidados de transição, ao dar a responsabilidade à família de cuidar do RN (Sanders, 2014).

Com o nascimento de um bebé prematuro, as expectativas e os planos realizados para o momento do nascimento são interrompidos, tornando-se um choque para os pais, forçando-os a novas adaptações assim como ao RN (Brazelton, 2018).

Deverá ser permitido aos pais que decidam o tipo de colaboração que querem dar, tendo em conta o papel parental pretendido no momento (OE, 2013). O enfermeiro terá uma intervenção imprescindível na qualidade dos cuidados, ao intervir pensando

na resposta do RN ao comportamento dos pais, que pode ser facilitador através do conforto do toque, mas inibidor se os pais apresentarem sinais de ansiedade (Batalha, Santos & Guimarães, 2007).

O contacto físico dos pais com o RN parece apresentar uma diminuição da resposta comportamental e fisiológica à dor (OE, 2013). Mas também os pais/cuidadores são frequentemente traumatizados pela situação de risco de vida do seu filho e podem experimentar alterações no seu estado emocional através de perturbações expressas como hostilidade e/ou suspeita (Coughlin, 2017). Estes pais experienciam níveis altos de angústia, um aumento de ansiedade, depressão e sintomas de trauma, comparando com os pais de bebés saudáveis (Obeidat, Bond & Callister, 2009).

Numa UCIN, o RN pré-termo e família, parecem vivenciar dois tipos de transições, como a de desenvolvimento, no caso da parentalidade, e a situacional, relacionada com a hospitalização (Shin, 2003, citado por Meleis, 2010). O enfermeiro deverá ser facilitador da transição, promovendo o desenvolvimento infantil, uma vez que uma transição positiva para a parentalidade terá consequências no desenvolvimento da relação mãe-bebé, refletindo-se no crescimento e desenvolvimento da criança (Shin, 2003 citado por Meleis, 2010).

Nos cuidados neonatais é afirmada a importância dos CCF, evidenciando as intervenções do acompanhamento dos pais na primeira visita à unidade, informar e dar resposta às questões relacionadas com o estado de saúde-doença do bebé, dar apoio emocional, promoção e incentivo do toque e prestação de cuidados pelos pais, assim como fornecer informação sobre os procedimentos a serem realizados (Turan, Basbakkal & Ozbek, 2008).

São também descritos por Conner e Nelson (1999) citados por Obeidat, Bond e Callister (2009), outros fatores que contribuem para a satisfação dos pais numa UCIN, sendo eles a segurança, o cuidado e a comunicação, o fornecimento de informações consistentes, educação, ambiente, gestão apropriada da dor e participação e proximidade dos pais, bem como suporte emocional, físico e espiritual.

Já Shin e White-Traut (2010) citados por Meleis (2010), identificam fatores que influenciam a transição para a parentalidade numa UCIN (fatores inibidores) que deverão ser atenuados, como o preconceito social, a atribuição de um significado negativo, a incerteza, a falta de momentos para se relacionarem com o seu bebé e o ambiente da unidade.

Os cuidados antecipatórios promotores das capacidades parentais, deverão centrar-se na preparação e conhecimento, promovendo condições facilitadoras para as transições saudáveis, nomeadamente na parentalidade e no desenvolvimento infantil (Meleis, 2010).

É da competência do enfermeiro a capacitação das famílias facultando-lhes oportunidades para adquirirem e desenvolverem competências que ajudem a suprimir as necessidades dos seus filhos, promovendo as suas habilidades, forças e ações (Hockenberry & Barrera, 2014).

Meleis (2010), refere ainda, que os cuidados antecipatórios promotores das capacidades parentais, deverão centrar-se na preparação e conhecimento, promovendo condições facilitadoras para as transições saudáveis, nomeadamente na parentalidade e no desenvolvimento infantil.

Os vínculos familiares, numa UCIN, são também desafiados, podendo os pais sentirem-se assustados e/ou com sentimentos de culpa por terem gerado um bebé frágil, não se reconhecendo capazes de dar cuidados parentais (Moreira, Braga & Morsch, 2003).

Os autores Hockenberry e Wilson (2014), referem também como sentimentos frequentemente manifestados pela família, a ansiedade, o medo e a frustração, estando estes em regra relacionados à falta de informação sobre os procedimentos e tratamento realizados à criança.

Segundo Mercer (2004), o apoio na transição para a parentalidade prevê que o contacto com os pais seja realizado de uma forma positiva, que haja um aumento da sua autoestima, com respeito pelas suas crenças culturais e promoção da interação com o bebé. Estes devem ser incentivados a expressarem as suas expectativas e motivados para a aprendizagem de capacidades, compreendendo o funcionamento da família (Mercer, 2004).

Para Brazelton (2018), os pais precisam de apoio para fazer o luto do filho que imaginaram para se concentrarem nas potencialidades e capacidades do desenvolvimento do seu filho 'real'. Também a OE reforça a necessidade da promoção da esperança aos pais, conhecendo as suas limitações, potencialidades e limitações, assim como a criação de um ambiente terapêutico (OE, 2011).

A vinculação, na perspetiva evolutiva do desenvolvimento, constitui-se um mecanismo para garantir aos pais que invistam as suas energias e recursos essenciais para possibilitar que o RN vulnerável sobreviva e se desenvolva (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

Segundo Craig (2009), na compreensão da dor da criança, deve-se identificar o significado pessoal que é atribuído pelos pais e/ou cuidadores às suas experiências de dor e à expressão de dor na criança. Os profissionais, pais e/ou cuidadores, dão significados à dor que podem ser utilizados para compreender os sintomas e sinais da dor da criança, preconizando a avaliação da disposição para a ação e as ações efetivas dos pais/cuidadores para controlo da dor em crianças (Craig, 2009).

Ainda na parceria de cuidados com a família, está o processo de comunicação, que corresponde à relação interpessoal direta criada entre o enfermeiro e a mãe do RNPT, particularmente à forma e tipo de comunicação, com uma linguagem adaptada, assim como a estrutura da mensagem para uma efetiva compreensão do recetor, com a presença de feedback, escuta ativa e possíveis bloqueios ao processo de comunicação. A comunicação deverá facilitar a compreensão do que foi feito, porque foi feito, por quem foi feito, e quais os resultados obtidos (Casey, 1993).

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na intervenção eficaz para a minimização da dor e do stress no RN, dever-se-á ter em conta vários itens, como: usar uma ferramenta de avaliação da dor validada e de acordo com o protocolo hospitalar; fornecer suporte não farmacológico, como o posicionamento, contenção, chupeta e sacarose, nas intervenções invasivas menores; usar a ferramenta de avaliação da dor para avaliar a necessidade de suporte farmacológico; envolver os pais no apoio ao RN durante os procedimentos dolorosos, negociando com estes a sua colaboração nos cuidados; e educar os pais sobre como ler os sinais comportamentais de seu bebé relacionados com a dor e o stress e que intervenções poderão desenvolver.

Conforme os enfermeiros aumentam a sua compreensão da experiência dos pais em terem um filho internado numa UCIN, melhoram a sua preparação para atender às necessidades parentais, assim como aliviar o sofrimento parental, sendo essencial prestar CCF, holísticos, que sejam de apoio ao desenvolvimento de uma comunicação aberta com os pais nessa experiência por si stressante (Obeidat, Bond & Callister, 2009).

Na orientação da prática neonatal, é essencial o uso de diretrizes, políticas e procedimentos estabelecidos para a sua orientação, devendo os profissionais de saúde estar cientes do crescente corpo de pesquisas sobre o impacto do ambiente de uma UCIN no neurodesenvolvimento do bebé (Altimier & Phillips, 2013).

É necessário também reorientar a intervenção de enfermagem a partir dos ensinamentos para a alta de forma a apoiar o desenvolvimento de uma prática de cuidados que destacam a importância da resposta aos desafios de relacionamento para mães de bebés prematuros (Schroeder & Pridham, 2006).

Os profissionais de saúde têm também um papel fundamental na capacitação dos pais para que estes tenham uma presença de qualidade, uma vez que a orientação e o apoio, para a maioria dos pais, são uma força estabilizadora para a criança durante os momentos que são considerados mais ameaçadores (Batalha, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22.
- Als, H. (2009). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2(3), 135-147.
- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediatr Port*, 38(4), 144-51.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-593-0.
- Barros, L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade promotora do desenvolvimento. In: Canavarro, M. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed. pp 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Bieda, A. (2007). Where are the data?: applying evidence to neonatal care. *Nursing for women's health*, 11(3), 316-318.
- Brazelton, T. B. (2018). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (14.a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. *Advances in child health nursing*, 183-193.
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5).
- Craig, K. D. (2009). The social communication model of pain. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 50(1), 22-32.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.
- Dowd T. (2004). *Teoria do Conforto*. In A.M. Tomey & M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5ª ed.) (481-495) Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- Franck, L. (2002). Some pain, some gain: reflections on the past two decades of neonatal pain research and treatment. *Neonatal Network*, 21(5), 37-41.
- Gomes-Pedro, J. (1985). O comportamento do recém-nascido (2): os processos

- sensoriais. *Jornal de Psicologia*, 4, 3, 8-17.
- Hockenberry M. & Wilson D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748004-1.
- Inácio, A. T. C. (2012). *Significados atribuídos pelos pais à hospitalização do filho prematuro* (Doctoral dissertation).
- Kolcaba, K., DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, may – june, vol. 31, nº 3, p. 187-194.
- Kornusky, J. (2011). Developmental Care of the Newborn. *Evidence-Based Care Sheet*. Cinhal Information Systems.
- Lamego, D. T., Deslandes, S. F., & Moreira, M. E. L. (2005). Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 669-675.
- Linhares, M. B. M., & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Moreira, M. E. L., Braga, N. D. A., & Morsch, D. S. (2003). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Editora Fiocruz.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.
- Murdoch, M. R., & Franck, L. S. (2012). Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit discharge. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 2008-2020.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of perinatal education*, 18(3), 23-29.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da Esperança e Preparação do Regresso a casa da Criança (Vol. 3). Cadernos OE, Série I, No3, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática-Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE, série I*, (o6).
- Page, G. G. (2004). Are there long-term consequences of pain in newborn or very young infants?. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 10-17.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). O mundo da Criança: da infância

- à adolescência (17.a ed.). São Paulo: Mc Graw Hill.
- Raja, SN, Carr, DB, Cohen, M., Finnerup, NB, Flor, H., Gibson, S., ... & Vader, K. (2020). A definição revisada da Associação Internacional para o Estudo da Dor de dor: conceitos, desafios e compromissos. *Pain* , 161 (9), 1976-1982.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9a edição, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, M. D. C. L. D., Moraes, G. A. D., Vasconcelos, M. G. L. D., & Araújo, E. C. D. (2007). Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Rev. enferm. UFPE on line*, 140-149.
- Silva, C. A. M. D. (2011). " Necessidades dos Pais de Recém-Nascidos Prematuros no Pós Alta Clínica: Exercício de uma Parentalidade Autônoma".
- Turan, T., Başbakkal, Z., & Özbek, Ş. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 17(21), 2856-2866.
- Van Bel, F., Hellstrom-Westas, L., Zimmermann, L., Buonocore, G., Murray, D., Saliba, E., & Thoresen, M. (2018). European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI): European Standards of Care for Newborn Health: Postnatal management of newborn infants with hypoxic ischaemic encephalopathy (HIE). In *European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI): Postnatal management of newborn infants with hypoxic ischaemic encephalopathy (HIE)* (pp. 34-56).
- Warren, I. & Bond, C. (2010). *A Guide to Infant Development in the Newborn Nursery*. (5th ed.). Londres: Copyright Inga Warren and Cherry Bond.
- Whitfield, M. F., & Grunau, R. E. (2000). Behavior, pain perception, and the extremely low-birth weight survivor. *Clinics in perinatology*, 27(2), 363-379.

Bases de Dados	PCC	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	Número de Pesquisa	Número de Resultados
CINAHL	P Pais de Recém-nascidos Pré-termo	Newborn Pre-Term	Infant, Premature	S1	11924
		Parents	Parents	S2	22508
		Parenting	Parenting	S3	12525
		S1 OR S2 OR S3		S4	45199
	C Promoção das Competências Parentais no Conforto	Parenting Skills	Parental Role	S5	1752
		Parenting Skills	Parental Behavior	S6	1248
		Empowerment	Empowerment	S7	5207
		Comfort	Comfort	S8	1355
		Pain	Pain	S9	46492
		Stress	Stress	S10	5431
		S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10		S11	61263

5

	C Hospitalização	Hospitalization	Infant, Hospitalized	S12	359
		Total	S4 AND S11 AND S12		6

6

Bases de Dados	PCC	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	Número de Pesquisa	Número de Resultados
MEDLINE	P Pais de Recém-Nascidos Pré-Termo	Newborn Pre-Term	Infant, Premature	S1	27641
		Parents	Parents	S2	36094
		Parenting	Parenting	S3	11486
		S1 OR S2 OR S3		S4	72853
	C Promoção das Competências Parentais no Conforto	Promoting	Health Promoting	S5	50318
		Parenting Skills	Health Behavior	S6	27370
		Empowerment	Empowerment	S7	223
		Comfort	Patient Comfort	S8	234
		Pain	Pain	S9	80248
		Stress	Stress, Physiological	S10	43719
		S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10		S11	198404
	C	Hospitalization	Hospitalization	S12	41862

7

	Hospitalização				
		Total	S4 AND S11 AND S12		2

8

Quadro 3 – Quadro de extração de dados

Autor	Ano de Publicação	País de Origem	Objetivo do Estudo	População do Estudo	Contexto	Intervenções		Resultados	Conclusões
						Que Intervenções	Como São Implementadas		

Apêndice IV – Projeto “Toca a Interagir”



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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**PROJETO “TOCA A INTERAGIR”
Internamento Pediatria**

Vera Lúcia da Silva Letras

Lisboa

2021

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção-Geral da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO	6
1.1. Desenvolvimento Infantil (<i>toddler</i>)	6
1.2. Parentalidade	7
1.3. Novas Tecnologias e o Desenvolvimento Infantil	9
2. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS	11
3. EIXOS ESTRATÉGICOS	12
4. ESTRUTURA DO PROJETO: “TOCA A INTERAGIR”	14
5. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO	16
6. INDICADORES DE AVALIAÇÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
APÊNDICES	22
APÊNDICE 1 – CADERNETA ONDINHA	23
APÊNDICE 2 – DIPLOMA	26

INTRODUÇÃO

A criança exprime-se pelos seus comportamentos e respostas que resultam da interação com o ambiente, sob várias influências de fatores psicológicos, biológicos e sociais. As diferenças individuais, que aumentam à medida que a pessoa vai envelhecendo, resultam de várias mudanças e interações destes fatores, que na infância parecem estar associadas à maturação do cérebro e do corpo (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

Os três primeiros anos de vida da criança são um período de maior suscetibilidade às influências ambientais, no qual se estabelecem as bases para a saúde, o bem-estar, a aprendizagem e a produtividade durante toda a vida e na geração subsequente (World Health Organization [WHO], 2018). Neste período são estabelecidas as bases do desenvolvimento intelectual, emocional e moral, no qual a família desempenha quase a totalidade das funções de socialização e cuidados psicoafectivos (Brazelton, 2018). A criança apresenta uma elevada plasticidade neural e uma rápida adaptação aos estímulos, que permitem ao seu cérebro o desenvolvimento ao máximo potencial, ou não, dependendo das experiências que tenha (Rosenthal, Crowley & Curry, 2009).

A evidência revela que metade do potencial da inteligência de uma pessoa é desenvolvida até aos seus quatro anos de idade, sendo que as intervenções na primeira infância podem ter uma ação duradoura sobre a personalidade, capacidade intelectual e comportamento social. Para tal, os programas integrados, que têm como objetivo a criança nos seus primeiros anos, são primordiais para o seu desenvolvimento psicossocial e mental (Walter & Wrester, 2009).

Segundo a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2017), o hospital deverá oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades afetivas, físicas e educativas, quer em equipamento, em pessoal e em segurança.

Cabe também aos profissionais de saúde considerar e direcionar o seu cuidado à atenção integral da criança, com o objetivo de reduzir os sentimentos de ansiedade, angústia e medo, tendo em conta os aspetos físicos e psicológicos que vão fortalecendo o estabelecimento do vínculo entre a criança e os seus familiares. A brincadeira, surge assim, como instrumento de cuidado, tomando o hospital num ambiente mais alegre, dinâmico e menos traumatizante para as crianças, diferente do contexto de sofrimento e dor que o hospital costuma representar. Os familiares

mostram-se mais abertos aos profissionais, e logo, mais participativos durante o período de internamento da criança (Amthauer & Souza, 2014).

O uso das novas tecnologias distrai a interação entre os pais e os filhos e as brincadeiras infantis, sendo que o uso intensivo de dispositivos móveis pelos pais encontra-se associado a menos interações entre estes e a sua redução aumenta as interações pais-filhos podendo ser uma área importante de mudanças de comportamento (Kirkorian et al., 2009; Radesky et al., 2015; Council on Communications and Media, 2015).

O presente projeto de melhoria contínua da qualidade enquadra-se no enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “promoção da saúde”, na procura permanente da excelência no exercício profissional, tendo em conta que o enfermeiro contribui para que os clientes alcancem o seu máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE] & Conselho de Enfermagem, 2012), promovendo, neste projeto, o potencial do desenvolvimento infantil na criança em idade *toddler*.

Pretende-se envolver a família e estabelecer parcerias no planeamento de cuidados de enfermagem à criança, procurando um elevado nível de satisfação destas. Para ajudar a criança e família a alcançarem o seu máximo potencial de saúde, é necessário identificar os seus recursos e promover o seu potencial de saúde através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, devendo fornecer informação que gere aprendizagem cognitiva e a aquisição de novas capacidades (OE & Conselho de Enfermagem, 2012).

O projeto é designado de “Toca a Interagir”, uma vez que é considerado um projeto que promove o desenvolvimento da criança, as competências parentais, a interação pais-filho, e as relações entre as famílias e os profissionais de saúde.

Apresenta, na sua estrutura, seis capítulos, onde é abordado o enquadramento do projeto proposto, a sua visão, finalidade e objetivos, assim como os seus eixos estratégicos. É abordado também a estrutura do projeto e as estratégias a implementar, bem como os indicadores de avaliação.

A metodologia utilizada na sua organização teve por base as estruturas dos programas de saúde propostos pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e o documento da OE, “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2013).

1. ENQUADRAMENTO

1.1. Desenvolvimento Infantil (*toddler*)

O desenvolvimento humano é estudado nas dimensões do físico, cognitivo e psicossocial (Papalia & Feldman, 2013), num processo contínuo e dinâmico em que o aparecimento das diferentes funções surge por uma ordem constante, sendo que a passagem de um estágio para outro varia de criança para criança, e logo a idade do aparecimento das aquisições também (DGS, 2013). O desenvolvimento motor, cognitivo e emocional, parece seguir uma linha irregular com altos e baixos e fases estacionárias, desenvolvendo-se em múltiplas direções, nem todas em simultâneo. É influenciado pela vida emocional, pelo ambiente, e pelo desenvolvimento neurobiológico, com as diferenças fisiológicas individuais (Brazelton, 2018).

O desenvolvimento infantil surge como foco dos cuidados de enfermagem, sendo definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como o “crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância” (International Council of Nurses, 2018, p.48).

A WHO (2014), menciona o desenvolvimento mais rápido do cérebro nos primeiros anos de vida de uma criança, em que a troca contínua entre os genes e os diferentes ambientes (onde as crianças nascem, crescem, aprendem e vivem) moldam o cérebro em desenvolvimento. Nestes anos críticos são promovidas as bases para a saúde física, mas também mental da criança, afetando a sua longevidade, a capacidade de aprender ao longo da vida, a capacidade de adaptação às mudanças, indo até à capacidade de resiliência em circunstâncias adversativas (WHO, 2014).

Segundo o National Scientific Council on the Developing Child (2004) os primeiros anos de vida da criança são fundamentais porque o que ocorre na primeira infância irá influenciar a sua vida. De forma a garantir a promoção de um desenvolvimento saudável, a ciência mostra-nos que é necessário proteger e oferecer à criança relacionamentos responsivos, responsáveis, estimulantes e ricos em experiências de aprendizagem, que irão trazer benefícios permanentes para a sua aprendizagem, para o seu comportamento e para a sua saúde física e mental. Por outro lado, o stress continuado com origem nas adversidades significativas, como a pobreza extrema, o abuso ou negligência, podem debilitar o desenvolvimento da

arquitetura cerebral, colocando o sistema corporal em permanente estado de alerta, aumentando os riscos de doenças crônicas.

O cérebro humano é construído ao longo do tempo, contudo, os três primeiros anos, são os mais críticos na arquitetura cerebral. São as primeiras experiências que aprovisionam a base para o desenvolvimento organizacional do cérebro, com impacto direto sobre a maneira como as crianças desenvolvem habilidades de aprendizagem, sociais e emocionais, sendo que qualquer perturbação no ambiente e/ou na criança terá um impacto fundamental na aquisição das competências cognitivas e motoras (Organização Mundial da Saúde [OMS] et al., 2018).

A criança na infância, vive um período de intensa exploração do ambiente, tentando perceber como as coisas funcionam e como pode controlar os outros através de passagens de negativismo, mau-humor e teimosia. É um período importante para a conquista do desenvolvimento e crescimento intelectual. A principal habilidade motora grossa é o desenvolvimento da locomoção, evidenciando as suas habilidades motoras grossas e finas em todas as fases da sua atividade, como nos jogos e brincadeiras, no vestir-se, na compreensão da linguagem, na reposta à disciplina, na interação social e na propensão a lesões (Hockenberry, 2014).

Para que a criança cresça e aprenda é necessário apresentar requisitos essenciais na satisfação das necessidades de relações afetivas contínuas; de proteção física, segurança e disciplina; de experiências ajustadas às diferenças individuais; de experiências próprias ao desenvolvimento; do estabelecimento de limites, expectativas e organização; de comunidades de apoio estáveis assim como de continuidade cultural; e de proteção do futuro (Brazelton, 2018).

O ambiente humano, físico, político, económico, cultural e/ou organizacional, irá proporcionar estímulos à criança, salvaguardando que este deverá ser promotor de saúde oferecendo a sustentação emocional e os cuidados à mesma, para além da promoção da sua independência e desenvolvimento (Regulamento n.º 351/2015).

1.2. Parentalidade

As funções parentais, consistem, no tomar conta do filho, na satisfação das suas necessidades básicas, assim como no facilitar o seu desenvolvimento global em função do seu bem-estar (Cruz, 2013).

O desenvolvimento do exercício da parentalidade é favorecido quando o profissional de saúde intervém de forma a aumentar o nível de conhecimentos e de motivação das famílias, tornando possível que os pais/famílias assumam a parentalidade, como direito e dever, promovendo e facilitando o exercício da parentalidade (DGS, 2013).

A hospitalização de uma criança interfere na salvaguarda do papel parental, no sentimento de orgulho parental e na sua legitimidade, diminuindo o sentimento de responsabilidade dos pais ao cuidarem do seu filho e o conhecimento que têm sobre as suas necessidades e as formas de as satisfazer (Opperman, Cassandra & Albernaz, 2001).

Estes experienciam elevados níveis de stresse, ansiedade, medo, sentimentos de culpa, dúvidas sobre si próprios enquanto pais e ausência de controlo devido ao tratamento da criança ou doença (Hockenberry, 2014). Vêm-se forçados a abandonar a ideia de serem pais de um filho saudável para se tornarem pais de uma criança doente, em que a aquisição deste novo papel pode ser prejudicada por esses mesmos sentimentos, assim como pela falta de informação, de familiaridade com os profissionais da saúde e com o sistema hospitalar (Carpenito, 2008).

É da competência do enfermeiro a capacitação das famílias facultando-lhes oportunidades para adquirirem e desenvolverem competências que ajudem a suprimir as necessidades dos seus filhos, promovendo as habilidades, forças e ações da família (Hockenberry & Barrera, 2014).

Os cuidados antecipatórios promotores das capacidades parentais, deverão centrar-se na preparação e conhecimento, promovendo condições facilitadoras para as transições saudáveis, nomeadamente na parentalidade e no desenvolvimento infantil (Meleis, 2010).

O enfermeiro interage com as pessoas numa condição de saúde/doença, que de alguma maneira, vive uma transição real ou por antecipação e coordenam a sua intenção para a ação na promoção, restauração ou no facilitar a saúde (Meleis et al., 2000). A pessoa que está a passar por uma transição, está mais vulnerável a riscos que afetam a sua saúde e o enfermeiro, tem como missão, ser facilitador das transições no sentido da promoção do bem-estar da pessoa (Meleis et al., 2000).

A ajuda que os pais recebem dos enfermeiros, durante a hospitalização de um filho, na satisfação das necessidades pode ser um fator facilitador ou inibidor desse percurso. A sua compreensão, irá conduzir ao desenvolvimento de intervenções de

enfermagem concordantes com as experiências individuais dos pais, contribuindo na promoção de respostas saudáveis às mesmas (Meleis et al., 2000).

Torna-se fundamental o investimento crescente na intervenção educacional justificado pelo reconhecimento do impacto da parentalidade no desenvolvimento e equilíbrio das crianças (Brazelton, 2018). O Modelo *Touchpoints*, de Brazelton, surge como apoio à parentalidade positiva e bem-estar das crianças e dos pais.

Como estratégias promotoras de educação parental e parentalidade positiva, com privilégio nos fatores de proteção para o desenvolvimento positivo do papel parental, são referidos os cursos de preparação para o nascimento, a educação para a saúde e o fornecimento de informação acerca do desenvolvimento infantil (Daly & Abela, 2007).

1.3. Novas Tecnologias e o Desenvolvimento Infantil

Segundo o *Council on Communications and Media* (2016), as novas tecnologias, transformaram a comunicação social e o seu papel na vida das crianças, mesmo com dificuldades económicas, é cada vez mais presente, usando-as diariamente, num período que é considerado crítico do desenvolvimento do cérebro, na construção de relacionamentos seguros e no estabelecimento de comportamentos saudáveis.

É cada vez mais comum e acessível o uso de telas pelas crianças, preocupando pais, professores e profissionais sobre os seus possíveis efeitos no desenvolvimento da mesma (neuropsicológicos e comportamentais). Estudos revelam que o uso das telas tem impacto na socialização bem como na interação diária entre os pais e os filhos, reduzindo-as significativamente. O cérebro da criança, em desenvolvimento, é afetado por todas as experiências, o que inclui o uso de telas (Peixoto, Cassel & Bredemeier, 2020).

Para as crianças desenvolverem as suas habilidades cognitivas, motoras, linguísticas e socioemocionais, precisam de exploração prática e interação social com os seus cuidadores de confiança. Pelas suas habilidades simbólicas, de atenção e memória imaturas, a criança em idade *toddler* não consegue aprender com as tecnologias digitais tradicionais como fazem nas interações com os cuidadores (Anderson & Pempek, 2005), apresentando dificuldade em transferir esse conhecimento para a sua experiência tridimensional (Barr, 2013).

Estudos demonstram vários impactos que as novas tecnologias, têm sobre as funções neuropsicológicas, como na linguagem, atenção, memória, impacto nas relações sociais, emocionais e comportamentais; para além disso, o uso excessivo das telas eletrônicas, podem levar à sua dependência. No entanto, são precisos mais estudos para esclarecer o real impacto na estruturação do cérebro e nas funções neuropsicológicas a longo prazo (Peixoto, Cassel & Bredemeier, 2020).

Para as tecnologias, o marketing infantil, ter efeitos positivos e facilitadores na aprendizagem das crianças, a partir dos quinze meses de idade, deverão ser usadas em conjunto com os pais, assistindo ao conteúdo e passando-o para os seus filhos (DeLoache et al., 2010).

2. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

Visão

Desenvolvimento pleno das crianças em idade *toddler*, em interação com os pais, no contexto hospitalar.

Finalidade

Contribuir para a maximização do potencial do desenvolvimento da criança em idade *toddler*, em contexto hospitalar, e, conseqüentemente, da sua família, promovendo a interação pais-filho.

Objetivos Gerais

Potenciar o desenvolvimento infantil e da parentalidade, através de cuidados antecipatórios e individualizados, no contexto hospitalar.

Minimizar o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil do *toddler*.

Objetivos Específicos:

- Promover o desenvolvimento infantil pleno do *toddler*, no contexto hospitalar;
- Promover a interação pais-filho, em idade *toddler*, no contexto hospitalar;
- Promover a parceria entre a família e os profissionais de saúde;
- Promover comportamentos promotores de saúde, como o brincar e a leitura, no contexto hospitalar;
- Promover hábitos de saúde mental na criança e família.

3. EIXOS ESTRATÉGICOS

O presente projeto pretende ser um instrumento prático, atualizado e de fácil consulta durante as intervenções dos profissionais de saúde. Procura também ser um documento que agrupa a informação científica atual.

Desta forma, o projeto “Toca a Interagir”, assenta em quatro eixos fundamentais:

Cuidados Centrados na Família (CCF): Têm como objetivo a promoção do bem-estar e da saúde, reconhecendo que a criança e família são aliados essenciais à segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Baseados em quatro conceitos centrais: o respeito e a dignidade, a partilha de informações, a colaboração e a participação (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2016). Os serviços de saúde, com cuidados de enfermagem guiados pelos CCF, envolvem e mobilizam a família aquando o planeamento dos cuidados, conseguindo alcançar melhor as necessidades de desenvolvimento e emocionais da criança, assim como o seu bem-estar e da sua família (Shields, Pratt, Hunter & Davis, 2009).

Promoção da saúde: Processo de capacitação dos indivíduos e comunidade para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, participando ativamente no controlo deste processo, com o objetivo de atingirem um estado de completo bem-estar mental, físico e social. A saúde surge como um conceito positivo, que reforça os recursos pessoais e sociais, mas também as capacidades físicas. Sendo assim, a promoção da saúde é muito mais do que um estilo de vida saudável, indo na direção de um bem-estar global (WHO & Canadian Public Health Association, 1987).

Transição: As transições são consideradas como um foco central da disciplina de enfermagem, segundo a Teoria de médio alcance de Afaf Meleis, permitindo uma intervenção baseada na identificação, compreensão e orientação das pessoas em processos de transição (Meleis, 2010).

Modelo *Touchpoints*: O Modelo *Touchpoints*, de Brazelton, destaca a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre famílias e profissionais, que pretendem empoderar a parentalidade positiva. O objetivo

dos profissionais de saúde passa pelo apoio e suporte aos pais/familiares na organização de um ambiente em que o bebê possa crescer e se desenvolver, focando-se nas potencialidades e não apenas nas vulnerabilidades, visto que ao fortalecer as famílias, os profissionais estão também a fortalecer as crianças (Brazelton & Sparrow, 2003).

4. ESTRUTURA DO PROJETO: “TOCA A INTERAGIR”

As atividades desenvolvidas tiveram em conta os marcos de desenvolvimento da criança, que são alcançados pela forma como brincam, aprendem, falam, comportam-se e movem-se, como no 0gatinhar, andar ou correr, equilíbrio e pular (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Idades	Marcos do Desenvolvimento	Atividades Promotoras do Desenvolvimento	Atividades a Desenvolver no Internamento	Cronograma
1 a 2 anos	A criança move-se mais e tem consciência de si mesma e do que a rodeia. O desejo de explorar novos objetos e pessoas aumenta. Vão mostrar maior independência, começando a mostrar um comportamento desafiador. Reconhecem-se em fotos ou no espelho. Imitam comportamentos de outras pessoas. Reconhecem nomes de pessoas e objetos familiares, formam frases e sentenças simples e seguem instruções simples.	Ler. Encontrar Objetos ou Identificar Partes do corpo.	“Caderneta Ondinha” ⁰ Livro ¹ Boneco ² Caixa dos Brinquedos ³	Entregue no momento do acolhimento à criança e família 1 - Primeiro dia de Internamento da Criança 2 - Segundo Dia de Internamento da Criança 3 – Terceiro Dia de Internamento da Criança
2 a 3 anos	As crianças passarão por enormes mudanças de pensamento, aprendizagem, sociais e emocionais que os ajudarão a explorar o seu novo mundo e a dar-lhe sentido. Seguem instruções de duas ou	Ler Livros com a Criança. Ensinar Rimas Culturais da Infância ou Canções.	“Caderneta Ondinha” ⁰ Livro ⁴	Entregue no momento do acolhimento à criança e família 4 - Primeiro dia de Internamento da Criança

	três etapas, classificam os objetos pela forma e cor, imitam as ações dos adultos e dos companheiros de brincadeira e expressam uma ampla gama de emoções.	Incentivar a Criança a dizer o seu nome e idade. Explorar o contexto.	CD Musical ⁵	5 - Segundo Dia de Internamento da Criança
			Jogo Orientado "Quem sou eu?" ⁶	6 – Terceiro Dia de Internamento da Criança

0 – Caderneta Ondinha: Carimbar a caderneta conforme a criança e os seus pais forem desenvolvendo as atividades.

1 – Livro:

2 – Boneco:

3 – Caixa dos Brinquedos:

4 – Livro:

5 – CD Musical:

6 – Jogo Orientado "Quem sou eu?":

5. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

- Promoção da articulação com as Educadoras e outros Profissionais da Equipa envolvidos nas atividades planeadas;
- Divulgação e promoção do Projeto “Toca a Interagir”, com as atividades propostas, junto dos profissionais do contexto, através de uma reunião da equipa multidisciplinar;
- Elaboração de um folheto informativo para entrega aos pais no momento do acolhimento da criança e família ao serviço, designado da “Caderneta Ondinha”;
- Elaboração de um “Diploma” para entrega na alta, que parabeniza a criança e família, pela realização das atividades durante o internamento;
- Elaboração de um manual/dossier para consulta dos profissionais de saúde;
- Elaboração de um guião de registos para uniformização dos mesmos, com vista a facilitar a posterior avaliação do projeto;
- Promoção da recolha, tratamento e análise da informação, que permita monitorizar as atividades desenvolvidas;
- Elaboração de um relatório anual de monitorização e avaliação do projeto.

6. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Pretende-se dar início ao Projeto “Toca a Interagir”, assim que as condicionantes e medidas de prevenção do vírus SARS-Cov-2 aliviem.

Deseja-se, que a avaliação e monitorização do projeto seja um processo dinâmico, em que a informação recolhida permita a avaliação da implementação das atividades promovidas pelo projeto e os seus ganhos em saúde na criança e família.

Com a compilação dos dados será possível aos enfermeiros compararem, compreenderem e melhorarem a sua prática de cuidados, de uma forma contínua e proactiva.

A avaliação do projeto será realizada 1, 3 e 12 meses após a sua implementação.

É definida pela CIPE (ICN, 2018), Papel Parental (Desenvolvimental): comportamento e ação de providenciar cuidados de acordo com a norma, típico, padrão, habitual ou esperado do desenvolvimento da criança. E Desenvolvimento Infantil (Desenvolvimento Psicomotor, Desenvolvimento da Criança): processo evolutivo e natural que integra a comunicação, a socialização, a coordenação e aspetos de mobilidade, assim como a capacidade para a criança interagir com o meio que a envolve através dos seus comportamentos.

Com o objetivo de facilitar o planeamento dos cuidados, garantir a sua continuidade e avaliar a eficácia das intervenções de Enfermagem, os registos no Sistema de Informação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SCLínico) (SPMS, 2013), necessários na implementação do projeto serão:

No Momento da Admissão da Criança e Família	
Foco de Atenção:	Intervenções de Diagnóstico:
Papel Parental	Avaliar Papel Parental; Avaliar a Condição do Papel Parental; Promover Papel Parental.
Diagnóstico de Enfermagem: Papel Parental Comprometido	
Foco de Atenção:	Intervenções de Diagnóstico:
Desenvolvimento Infantil	Estimular o desenvolvimento infantil
Diagnóstico de Enfermagem: Desenvolvimento Infantil Comprometido	
No Momento da Alta da Criança e Família	

Foco de Atenção:	Intervenções de Diagnóstico:
Papel Parental	Avaliar Papel Parental; Avaliar a Condição do Papel Parental; Promover Papel Parental.
Diagnóstico de Enfermagem: Papel Parental Comprometido	
Foco de Atenção:	Intervenções de Diagnóstico:
Desenvolvimento Infantil	Estimular o desenvolvimento infantil
Diagnóstico de Enfermagem: Desenvolvimento Infantil Comprometido	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amthauer, C., & Souza, T. P. (2014). BRINQUEDOTECA HOSPITALAR: a vivência de acadêmicos de enfermagem na prática assistencial da criança hospitalizada. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(1), 572-578.
- Anderson, D. R., & Pempek, T. A. (2005). Television and very young children. *American behavioral scientist*, 48(5), 505-522.
- Barr, R. (2013). Memory constraints on infant learning from picture books, television, and touchscreens. *Child Development Perspectives*, 7(4), 205-210.
- Brazelton, T. B. (2018). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (14.a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Carpenito, L. J. (2008). Manual de diagnósticos de enfermagem. In *Manual de diagnósticos de enfermagem* (pp. 744-744).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Information for Parents of Infants & Toddlers (Approximate Ages 0-3). Acedido a 24-02-2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/parents/infants/index.html>
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Council on Communications and Media. (2016). Media and young minds. *Pediatrics*, 138(5), e20162591.
- Daly, M., & Abela, A. (2007). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach* (Vol. 2). Council of Europe.
- DeLoache, J. S., Chiong, C., Sherman, K., Islam, N., Vanderborght, M., Troseth, G. L., ... & O'Doherty, K. (2010). Do babies learn from baby media?. *Psychological Science*, 21(11), 1570-1574.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.
- Hockenberry, M. J. (2014). Influências da família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. J. Hockenberry & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.ª ed., pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses [ICN]. (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care [IPFCC]. (2016). Advancing the practice of patient – and family-centered care in primary care and other ambulatory settings: How to Get Started.... Acedido a 24-02-2021. Disponível

em: <https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>.

- Instituto de Apoio à Criança [IAC]. (2017). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa. Acedido a 15-01-2021, disponível em: https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Carta-Crianca-Hospitalizada_5-edi%C3%A7%C3%A3o.pdf.
- Kirkorian, H. L., Pempek, T. A., Murphy, L. A., Schmidt, M. E., & Anderson, D. R. (2009). The impact of background television on parent–child interaction. *Child development*, 80(5), 1350-1359.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Young children develop in an environment of relationships*. Harvard University, Center on the Developing Child.
- Opperman, C. S., Cassandra, K. A., & Albernaz, I. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem Dos Enfermeiros [OE], & Conselho de Enfermagem. (2012). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 24/02/2021. Disponível em: [Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- Organização Mundial da Saúde [OMS] et al. (2018). Cuidando do desenvolvimento da primeira infância: uma estrutura para ajudar as crianças a sobreviver e prosperar para transformar a saúde e o potencial humano.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O mundo da Criança: da infância à adolescência* (17.a ed.). São Paulo: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed editora.
- Peixoto, M. J. R., Cassel, P. A., & Bredemeier, J. (2020). Neuropsychological and behavioral implications in childhood and adolescence from the use of screens. *Research, Society and Development*, 9(9), e772997188. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7188>.

- Radesky, J., Miller, A. L., Rosenblum, K. L., Appugliese, D., Kaciroti, N., & Lumeng, J. C. (2015). Maternal mobile device use during a structured parent–child interaction task. *Academic pediatrics*, 15(2), 238-244.
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República nº 35/11, 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Acedido a 11 out. 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>.
- Rosenthal, M. S., Crowley, A. A., & Curry, L. (2009). Promoting child development and behavioral health: family child care providers' perspectives. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(5), 289-297.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS). (2013). SClínico, Manual de Utilizador. Serviços Partilhados de Saúde. Lisboa
- Shields, L., Pratt, J., Davis, L., Hunter, J. (2009). Family-centred care for children in hospital (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1:1-26.
- Walter, F., & Wrester, F. (2009). Early childhood development. *J Child Dev*, 23, 23.
- World Health Organization [WHO], & Canadian Public Health Association. (1987). Ottawa charter for health promotion. *Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)*, 21(2), 200-04.
- World Health Organization [WHO]. (2014). WHO| 10 facts about early child development as a social determinant of health. WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CADERNETA ONDINHA

Interação Pais-Filhos

Brincar é uma forma privilegiada da interação entre os pais e os filhos.

Facilita a comunicação e a cumplicidade entre os pais e promove o desenvolvimento da criança.

Com a participação ativa dos pais nas brincadeiras infantis, estes aprendem a conhecer melhor os seus filhos e a sua perspetiva da realidade.

A criança sente que o adulto lhe dedica atenção, ajudando-o a estabelecer uma relação de confiança e segurança.

CADERNETA ONDINHA



24

Atividades

Atividade 1



Atividade 4



Atividade 2



Atividade 5



Atividade 3



Atividade 6



Ao longo do internamento do seu filho iremos orientá-los em atividades que promovem o vosso vínculo, reduzem os medos provocados pela hospitalização e promovem o seu bem-estar e desenvolvimento.

Manter a caderneta consigo. O Enfermeiro irá apoiar-vos nesta caminhada.

Serão aninhadas as atividades conforme a sua realização.

Guarde a Caderneta para oferecer ao seu filho

25

APÊNDICE 2 – DIPLOMA



Apêndice V – Folheto “Papás, Vamos Cres(Ser) Juntos?”

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Dominar novas habilidades como andar, falar e usar o bacio, são marcos do desenvolvimento da criança dos 13 aos 36 meses.

O seu filho precisa de se sentir seguro e protegido. Com a afirmação da sua personalidade imponha-lhe regras e limites comportamentais, não cedendo à sua chantagem.

Estimule a linguagem compreensiva e expressiva, através de conversas, canções e livros.

Dê reforço positivo à capacidade exploratória do seu filho.



Referências:

Ordem Dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos OE. Série I, 1(3).

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.

Fonte das imagens: <https://unsplash.com>

As crianças não se desenvolvem ao mesmo ritmo.

A criança pode estar avançada em algumas áreas e um pouco atrás em outras.

Se está preocupado com possíveis atrasos no desenvolvimento do seu filho, entre em contacto com o seu enfermeiro e/ou médico de família por telefone ou e-mail.

Papás, Vamos Cres(Ser) Juntos?



Atividades Promotoras do Desenvolvimento (13 aos 36 meses)

Março de 2021

18 MESES



Apanha brinquedos do chão.

Constrói torre de 3 cubos.

Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.

- * Ensine a criança a guardar os seus brinquedos.
- * Peça-lhe que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco.
- * Ensine-a a 'rabiscar' na areia ou num papel.
- * Elogie-a quando for capaz de fazer algo sozinha.
- * Promova atividades com música, como dançar e cantar.

24 MESES

- * Faça brincadeiras como pular num só pé, correr e saltar à corda.
- * Promova o controlo dos esfíncteres. Inicie, aos poucos, o desfralde.
- * Estimule a arrumação e a imitação.
- * Ajude-a a dizer palavras.
- * Ofereça tintas para a criança mexer e desenhar.
- * Dê-lhe a conhecer texturas e materiais.
- * Conte histórias e dê puzzles.
- * Peça-lhe ajuda em pequenas tarefas diárias.

Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.

Constrói torre de 6 cubos.

Diz o primeiro nome. Fala sozinha enquanto brinca.



36 MESES



Sobe escadas alternadamente.

Constrói torre de 9 cubos. Combina 2 cores.

Diz o nome completo e o sexo.

- * Promova atividades como saltar, correr, pular e andar de triciclo.
- * Peça à criança que conte histórias ou algo que fez, incentivando-a a fantasiar.
- * Dê-lhe responsabilidades.
- * Faça rituais de sono de forma regrada.
- * É a fase dos 'porquês'. Tenha muita paciência, saiba que a criança nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.
- * Ajude-a a partilhar os brinquedos.

**Apêndice VI - Plano da Sessão de Formação: Massagem Para
o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal. Poster: Massagem
Abdominal. Folheto: Massagem Abdominal**

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Plano da Sessão de Formação: Massagem Para o Alívio
da Dor e Desconforto Abdominal

Poster: Massagem Abdominal

Folheto: Massagem Abdominal - Alívio da Dor e
Desconforto

Vera Lúcia da Silva Letras

Lisboa

2021

LISTA DE ABREVIATURAS

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	6
1.1. Caracterização da Equipa de Enfermagem com Resposta ao Questionário do Levantamento das Necessidades Formativas	6
2. DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS	7
3. ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	8
3.1. Plano da Sessão de Formação	9
4. AVALIAÇÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
APÊNDICES	16
APÊNDICE 1 – Questionário do Levantamento das Necessidades Formativas	17
APÊNDICE 2 – Diapositivos da Sessão de Formação	25
APÊNDICE 3 – Poster – Massagem Abdominal	36
APÊNDICE 4 – Folheto – Massagem Abdominal Para o Alívio da Dor e Desconforto	38
APÊNDICE 5 – Instrumento de Avaliação do Formando	41
APÊNDICE 6 – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação	43
APÊNDICE 7 – Resultados do Questionário do Levantamento das Necessidade Formativas	50
APÊNDICE 8 – Resultados das Fichas de Avaliação da Formação	60

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Plano de Sessão de Formação, assim como do Poster e Folheto Informativo, surgem no decorrer do estágio no contexto do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) no [redacted], pelas necessidades formativas identificadas na prestação de cuidados à criança em situação de dor e desconforto abdominal, assim como à capacitação parental, através da aplicação de medidas não farmacológicas, a massagem, na gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança e família.

Nos primeiros meses de vida da criança, a cólica infantil afeta 10 a 40% das crianças, tendo a sua maior incidência entre as seis e oito semanas e resolve-se espontaneamente por volta dos três, quatro meses. A cólica infantil constitui cerca de 10 a 20% dos motivos das consultas nesta faixa etária, tornando-se, desta forma, um importante motivo de preocupação dos pais (Lucassen et al., 2001; Akhnikh, Engelberts, van Sleuwen & Benninga, 2014).

São vários os estudos que referem a ida da família ao SUP por situações não urgentes, levando à exposição da criança a doenças infecciosas transmissíveis em ambiente hospitalar, sendo a cólica infantil um dos principais diagnósticos de alta (Ratola et al., 2014; Albuquerque et al., 2015; Garcia et al., 2016; Mota, 2016; Fraga, 2018, Martins et al., 2020). Batu, Yeni e Teksam (2015), referem-nos como causas desta ocorrência a inquietude parental e a falta de apoio educacional, familiar ou sociocultural.

Estas situações poderiam ter sido resolvidas noutro contexto, como nos Cuidados de Saúde Primários, com a educação parental sobre as características de um recém-nascido saudável, bem como os sinais de alarme (Ratola et al., 2014). A afluência em demasia ao SUP podem comprometer o atendimento, levando a atrasos no atendimento de verdadeiras urgências, a uma utilização indevida de profissionais de saúde e materiais, podendo dar origem a uma cascata de ansiedade e descontentamento, quer nos clientes quer nos profissionais, como a uma sobrecarga nos orçamentos hospitalares (Marques, 2007).

Existe evidência sobre a eficácia da massagem no tratamento da cólica infantil (Silva & Costa, 2019), com a redução dos sintomas associados à cólica, e vantagens por ser uma técnica inócua, barata e aproximar os pais/cuidadores da criança (Nahidi, Gazerani, Youselfi & Abadi, 2017).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017), deverá contribuir para a implementação de intervenções que promovam o bem-estar da criança e a promoção das competências parentais. Este deverá prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas identificados, com rigor técnico/científico aplicando conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2017).

É também fundamental que o enfermeiro apoie os pais nas transições do ciclo de vida e que desenvolva intervenções que facilitem a parentalidade, dotando-os de competências parentais e conhecimentos que permitam cuidar dos seus filhos (Harrison, 2004). Este desempenha um papel importante no aconselhamento e educação dos pais, sendo da sua competência avaliar o crescimento, desenvolvimento e estado de saúde da criança (OE, 2010).

O enfermeiro, em contexto de urgência, também deverá realizar educação dos pais/cuidadores e seus filhos, devendo recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetuoso (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015).

Vários estudos sugerem o esforço educacional pelo seu efeito sobre comportamentos mais responsáveis na utilização dos serviços de saúde, revelando que os esforços que têm sido realizados para educar pais/cuidadores sobre os problemas mais comuns nas crianças têm eficácia na redução do número de visitas aos SUP (Phelps et al., 2000).

O Enfermeiro Especialista (EE), segundo o Regulamento n.º 140 de 2019, deverá desenvolver a competência do domínio da melhoria contínua da qualidade (Competência B), desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Este deverá também desenvolver competências do domínio no desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Competência D), baseando a sua praxis clínica em evidência científica.

Este documento e as intervenções inerentes ao mesmo na prática clínica no contexto de estágio do SUP, contribuirão para o desenvolvimento de competências de EESIP e EE, com objetivos na melhoria da qualidade de cuidados, baseados em evidência científica, com intervenções autónomas de Enfermagem, capacitando a equipa de Enfermagem e os pais com conhecimentos e habilidades no cuidar da criança com dor e desconforto abdominal, com estratégias não farmacológicas.

1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Devido à atual situação pandémica do vírus SARS-Cov-2, o SUP do está dividido em dois circuitos: o Circuito de Doença Respiratória, em que a admissão das crianças é feita pela habitual entrada do SUP; e o Circuito de Doença Não Respiratória, em que a criança é admitida pela entrada do Serviço de Urgência Obstétrica. A estrutura e a dinâmica do serviço encontram-se assim adaptadas de forma a dar resposta às necessidades que surgiram pela pandemia.

Os circuitos são compostos por sala de triagem, gabinetes médicos, salas de enfermagem, espaço de espera onde são realizados tratamentos com necessidade de oxigenioterapia e sala de reanimação (esta última comum aos dois circuitos com entradas distintas).

Para além da Sala de Observação, o serviço, tem também o internamento em Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos onde as crianças, com necessidade de cuidados urgentes e emergentes, com situações de instabilidade das funções vitais, ficam internadas por períodos superiores a 24 horas.

A **população alvo de cuidados** são crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias, funcionando todos os dias da semana das 09h00 às 22h00, sendo que fora deste horário as crianças e família deverão dirigir-se ao Hospital

Os enfermeiros especialistas, são responsáveis de turno, dinamizadores do serviço na formação e elos de ligação com outros serviços e projetos. Participam na dinamização e mobilização de conhecimentos e habilidades para a melhoria contínua da qualidade e na orientação de projetos institucionais na área da qualidade, bem como na gestão dos cuidados de enfermagem com a otimização da resposta das suas equipas e da articulação na equipa de saúde (Regulamento nº140/2019).

1.1. Caracterização da Equipa de Enfermagem

Responderam ao questionário, dos 20 enfermeiros ativos na prática de cuidados, 12 enfermeiros, perfazendo um total de 60% da equipa de enfermagem. A idade de 50% da equipa varia entre 31 a 35 anos de idade, sendo que 83.3% é do sexo feminino. 33,3% dos elementos trabalham entre 6 a 10 anos e outros 33.3% entre 11 a 15 anos, sendo que 58.3% da equipa não tem especialidade em Enfermagem, dos

quais 33,3% são EESIP e 8,3% são enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

As respostas, mais detalhadas, aos questionários com a caracterização da equipa de Enfermagem do SUP do _____ que responderam ao questionário, podem ser consultadas no Apêndice 7.

2. DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

Durante a realização do estágio no contexto SUP, foi verificado que estavam a recorrer ao SUP vários pais/cuidadores por dor ou desconforto abdominal na criança e que desconheciam o uso da massagem na região abdominal para o efeito. Após questionar informalmente alguns elementos da equipa de enfermagem, verificou-se também que não tinham conhecimento pleno das várias técnicas da massagem.

Com o levantamento desta problemática, fiz uma pesquisa inicial sobre a ida das crianças ao SUP por cólica infantil, verificando que é uma das causas principais da ida das famílias ao serviço de urgência, tornando-se relevante adquirir e desenvolver conhecimentos e habilidades na intervenção nesta área.

Existindo evidência sobre a eficácia da massagem no tratamento da cólica infantil (Silva & Costa, 2019) e vários estudos sobre os benefícios da mesma para o alívio da dor e desconforto abdominal, pretende-se, desta forma, identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem nesta área de forma a planear a sessão de formação e os conteúdos programáticos assim como a metodologia para contribuir para a incorporação de novos conhecimentos e habilidades na área da qualidade na prestação de cuidados pediátricos.

Após o levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem, com a aplicação e análise de um questionário de levantamento das necessidades formativas (Apêndice 1), elaborado na ferramenta gratuita *Google Forms* e disponibilizado por correio eletrónico a todos os elementos, foi elaborada a sessão de formação com o devido conteúdo programático.

A sessão de formação (Apêndice 2) intitula-se de “Massagem Para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal”, sendo a problemática, a capacitação da equipa de enfermagem do SUP do _____ em conhecimentos sobre a massagem na gestão da dor e desconforto abdominal e bem-estar da criança e família, assim como a educação

parental para a aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor e desconforto abdominal.

Verifica-se, com a análise das respostas ao questionário, que 100% da equipa considera importante a formação em serviço sendo que 25% não tinham frequentado qualquer formação em técnicas da massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal. Toda a equipa considera que a massagem abdominal contribui para o alívio da dor e desconforto, sendo que a 91,7% conheciam alguma técnica, no entanto 25% considera que as técnicas que conhece não são suficientes para dar resposta às necessidades da criança e pais/cuidadores.

Nos ensinamentos aos pais sobre técnicas de massagem abdominal, 91,7% refere realizar, no entanto, 50% considera que trabalhar num SUP é condicionador da realização da massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal, mas 100% valoriza a pertinência de se capacitar os pais em contexto de urgência pediátrica.

Dois enfermeiros mencionaram que conheciam a massagem 'I Love You', um enfermeiro conhecia a técnica 'Sol e Lua', um enfermeiro conhecia a técnica 'Pás do Moinho' e um enfermeiro conhecia a técnica da flexão das pernas, constatando-se assim que as técnicas da massagem abdominal são, maioritariamente, desconhecidas pelos membros da equipa de enfermagem, justificando a formação na área.

Foram ainda referidas, como considerações, a necessidade sentida na atualização das técnicas de massagem abdominal e a sua importância, apesar de considerarem que nem sempre se consegue realizar a mesma pela imprevisibilidade de um SUP.

3. ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Após a identificação das necessidades formativas, elaborou-se um plano de formação com vista a responder às necessidades da equipa sobre a massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal e com o objetivo de dar resposta à problemática inicialmente levantada, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência pediátrica e à educação parental.

Os objetivos gerais da sessão foram definidos, pretendendo-se: capacitar os enfermeiros para a realização da massagem abdominal como medida não

farmacológica no alívio da dor e desconforto abdominal e capacitar os enfermeiros para a educação parental na aplicação da massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal. Para a concretização dos objetivos gerais foram definidos objetivos específicos, pretendendo-se que no final da sessão, os enfermeiros sejam capazes de: discutir os conceitos relacionados com a massagem abdominal e a capacitação dos pais/cuidadores em contexto de urgência; indicar as técnicas da massagem na região abdominal; executar a sessão de massagem na região abdominal; educar os pais/cuidadores sobre a massagem na região abdominal.

Na sessão de formação, para além do conteúdo teórico sobre a massagem abdominal, cólicas, condições/benefícios da massagem e educação parental em SUP, pretendeu-se, para facilitar a aprendizagem, o uso do recurso material, boneco de massagem, como método demonstrativo e ativo para melhor visualização das técnicas e prática pelos formandos.

Pela atual situação pandémica e por não se conseguir juntar a equipa em um só momento, a sessão é organizada de forma presencial aos elementos da equipa do turno da manhã e tarde, sendo que a restante equipa assistirá via *Zoom*, ficando posteriormente disponível para consulta.

Para além da sessão de formação, foi realizado um Poster (Apêndice 3) para colocar nas salas de enfermagem, de forma a apoiar o enfermeiro e a facilitar a visualização pelos pais das técnicas da massagem na região abdominal.

Como objetivo da capacitação parental, reforçando os conhecimentos e habilidades dos pais/cuidadores na massagem à criança, foi desenvolvido um folheto informativo (Apêndice 4).

O conteúdo da sessão de formação e os instrumentos de apoio ficaram disponíveis para consulta da equipa.

3.1. Plano da Sessão de Formação

Tema da Sessão	<i>Massagem Para o Alívio da Dor e Desconforto abdominal</i>
Sessão N°	1/1
População-alvo	Equipa de Enfermagem do SUP –
Formadora	Vera Letras, Mestranda na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Objetivo geral	Capacitar os enfermeiros para a realização da massagem como medida não farmacológica no alívio da dor e desconforto abdominal. Capacitar os enfermeiros para a educação parental na aplicação da massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal.
Objetivos específicos	No final da sessão, os enfermeiros deverão ser capazes de: - Discutir os conceitos relacionados com a massagem abdominal e a capacitação dos pais/cuidadores em contexto de urgência; - Indicar as técnicas da massagem na região abdominal; - Executar a sessão de massagem na região abdominal; - Educar os pais/cuidadores sobre a massagem na região abdominal

Pré-requisitos	Enfermeiro da Equipa do SUP -
Duração	60 minutos
Data	9 de janeiro de 2021
Local	SUP – I (9 elementos), transmissão via <i>Zoom</i> aos restantes elementos da equipa

Metodologia Pedagógica	Método Expositivo, Interrogativo, Demonstrativo e Ativo.
Metodologia de Avaliação	Avaliação Diagnóstica (pergunta oral), Avaliação Formativa (atividade) e Avaliação Sumativa (observação do formando na aplicação da massagem a um boneco modelo de massagem infantil).

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	- Apresentação do tema.	Expositivo (Exposição)	Computador Powerpoint	-	1
	- Comunicação dos objetivos gerais e específicos.	Expositivo (Exposição)	Computador Powerpoint	-	1

	- Verificação dos pré-adquiridos. (Que técnicas usam/conhecem para o alívio da dor e desconforto abdominal?)	Interrogativo (Formulação de uma pergunta oral)	-	Avaliação Diagnóstica	3
Desenvolvimento	Conteúdos: Pertinência e justificação do tema; Clarificação dos Conceitos Cólica e Massagem Abdominal.	Expositivo (Exposição)	Computador PowerPoint	-	5
	Atividade: - Técnicas de massagem abdominal.	Demonstrativo (Demonstração das técnicas em boneco próprio)	Boneco de massagem	Avaliação Formativa	10
		Ativo (Realização da massagem, pelos formandos, no boneco)	Boneco de massagem	Avaliação Formativa	15
	Síntese	Expositivo (Exposição)	Computador PowerPoint	-	1
Conclusão	Verificação dos resultados da aprendizagem, observação de cada formando individualmente a aplicar a massagem no boneco de massagem infantil.	-	Boneco de Massagem; Ficha de Observação (Demonstra/Não Demonstra)	Avaliação Sumativa	20

	Comunicação dos resultados da aprendizagem.	-	Computador PowerPoint	-	2
	Avaliação da Sessão de Formação. Apresentação das propostas para Poster e Folheto Informativo. Fecho da sessão.	Expositivo (Exposição)	Computador PowerPoint	-	2

4. AVALIAÇÃO

Para a avaliação das necessidades formativas foi elaborado e aplicado um questionário à equipa de Enfermagem, tendo sido posteriormente analisadas as respostas e planeada a sessão e os instrumentos de apoio à formação e aprendizagens, respondendo às necessidades específicas da equipa.

Na avaliação das aprendizagens dos formandos foi aplicado um instrumento de avaliação do formando (Apêndice 5), com a observação, pelo formador, da aplicação das técnicas da massagem abdominal no boneco modelo, demonstrando ou não, a aprendizagem das mesmas. A sessão estava planeada para ser assistida pela restante equipa via *Zoom*, mas devido a uma falha de internet não foi possível transmitir a mesma online, tendo sido gravada e disponibilizada para os restantes membros da equipa assistirem quando possível.

De forma a avaliar a formação, foi elaborado, na ferramenta *Google Forms*, um questionário (Apêndice 6) e aplicado aos enfermeiros que frequentaram a ação de formação, partindo-se posteriormente para a sua análise com vista a melhorar formações futuras nesta área temática.

Verificou-se que os 9 elementos que frequentaram a sessão demonstraram atingir os objetivos propostos inicialmente para a realização da sessão, demonstrando mais de 4 técnicas de massagem abdominal com sucesso.

Com a análise dos resultados da avaliação da formação (Apêndice 8) verifica-se que 100% dos elementos considera-se muito satisfeito em relação às suas expectativas, considerando que o formador transmitiu com clareza, domínio dos conteúdos e estruturou de forma muito adequada a sessão. O clima à participação, os métodos utilizados, materiais pedagógicos e a duração da sessão foram considerados por 77,8% muito adequado sendo que 22,2% considerou adequado, devendo-se também aos constrangimentos sentidos pela pandemia, com o uso de máscara e higienização constante das mãos e desinfeção do boneco modelo da massagem.

Foram referidos como pontos fortes a comunicação da formadora e a pertinência do tema abordado e como pontos fracos os constrangimentos da pandemia quanto ao espaço e cuidados a ter aquando a realização da sessão.

Os 9 elementos referem como Excelente os resultados obtidos pela frequência da formação, concluindo-se também que a formação cumpriu os objetivos formulados, sendo que 100% dos elementos consideram que os objetivos foram muito adequados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhnikh, S., Engelberts, A. C., van Sleuwen, B. E., & Benninga, M. A. (2014). The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatric annals*, 43(4), e69-e75.
- Albuquerque, C. L., Salva, I., Santos, J., Batalha, S., Lito, D., Ferreira, P., & Cunha, F. (2015). O Recém-Nascido no Serviço de Urgência-Que Triagem?.
- Batu, E. D., Yeni, S., & Teksam, O. (2015). The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 48(5), 542-547.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.
- Fraga, V. M. *Recém-nascidos admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica* (Doctoral dissertation).
- Garcia, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A. T., Bento, V., Alves, C., & Almeida, H. (2016). Recém-nascidos no serviço de urgência pediátrica: casuística de um ano. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47, 61-67.
- Harrison, M. B. (2004). Transitions, continuity, and nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 36(2).
- Lucassen, P. L. B. J., Assendelft, W. J. J., Van Eijk, J. T. M., Gubbels, J. W., Douwes, A. C., & Van Geldrop, W. J. (2001). Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Archives of disease in childhood*, 84(5), 398-403.
- Marques, A. (2007). Proposta de Requalificação das Urgências–Esclarecimentos Adicionais. *Ministério da Saúde, Comunicado nº1*.
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar- Um Estudo Piloto. *Acta Medica Portuguesa*, 33(5).
- Mota, B. N. M. (2016). *Admissões no período neonatal numa urgência pediátrica* (Master's thesis).
- Nahidi, F., Gazerani, N., Yousefi, P., & Abadi, A. R. (2017). The comparison of the effects of massaging and rocking on infantile colic. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 67.

- Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Cadernos OE. Série I*, 1(3).
- Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Phelps, K., Taylor, C., Kimmel, S., Nagel, R., Klein, W., & Puczynski, S. (2000). Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1086.
- Ratola, A., Machado, M., Almeida, Â., Pio, D., & Almeida, S. (2014). Recém-nascido no Serviço de Urgência: casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer*, 23(1), 12-16.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da república*, 2.ª série, 26, 4744-4750. Acedido a 10 de janeiro 2021. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.
- Silva, S. M., & Costa, M. (2019). Massagem no tratamento da cólica infantil: uma revisão baseada na evidência.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – Questionário do Levantamento das Necessidades
Formativas**



Seção 1 de 3

Massagem Abdominal Para o Alívio da Dor e Desconforto – Questionário de Necessidades Formativas

Este questionário foi elaborado quando a realização do estágio em contexto do Serviço de Urgência Pediátrica, no âmbito do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no período de 7 de dezembro de 2020 a 17 de janeiro de 2021.

Surgiu de uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem na aplicação da massagem infantil para o alívio da dor e desconforto abdominal.

No sentido de se ajustar e adequar a formação às necessidades específicas da equipa decide-se aplicar este formulário de diagnóstico de necessidades formativas.

Pretende-se que a equipa fique capacitada a aplicar a massagem infantil e a educar os pais/cuidadores na sua aplicação como medida não farmacológica para o alívio da dor e promoção do bem-estar da criança.

Obrigada pela vossa colaboração,
Vera Letras

Após a seção 1 Continuar para a seção seguinte

Seção 2 de 3

Caracterização da Equipa de Enfermagem

Serviço de Urgência Pediátrica -

Idade *

☐ 20 a 25

☐ 26 a 30

☐ 31 a 35

☐ 36 a 40

☐ 41 a 45

☐ 46 a 50

☐ > 51 anos

Sexo *

☐ Feminino

☐ Masculino

Tempo de Exercício Profissional *

☐ 1 a 5 anos

☐ 6 a 10 anos

Massagem Abdominal Para o Alívio da Dor e Desconforto – Questionário de Necessidades Formativas

Este questionário foi elaborado aquando a realização do estágio em contexto do Serviço de Urgência Pediátrica, no âmbito do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no período de 7 de dezembro de 2020 a 17 de janeiro de 2021.

Surgiu de uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem na aplicação da massagem infantil para o alívio da dor e desconforto abdominal.

No sentido de se ajustar e adequar a formação às necessidades específicas da equipa decide-se aplicar este formulário de diagnóstico de necessidades formativas.

Pretende-se que a equipa fique capacitada a aplicar a massagem infantil e a educar os pais/cuidadores na sua aplicação como medida não farmacológica para o alívio da dor e promoção do bem-estar da criança.

Grata pela vossa colaboração,

Vera Letras

***Obrigatório**

Caracterização da Equipa de Enfermagem

1. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 20 a 25
- ☐ 26 a 30
- ☐ 31 a 35
- ☐ 36 a 40
- ☐ 41 a 45
- ☐ 46 a 50
- ☐ > 51 anos

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.☐ Feminino☐ Masculino

3. Tempo de Exercício Profissional *

Marcar apenas uma oval.☐ 1 a 5 anos☐ 6 a 10 anos☐ 11 a 15 anos☐ Mais de 15 anos

4. Tem Especialidade em Enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.☐ Sim☐ Não

5. Área de Especialização *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sem especialização
- ☐ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ☐ Enfermagem de Reabilitação
- ☐ Enfermagem Comunitária
- ☐ Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica
- ☐ Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Necessidades Formativas – Massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal

6. Considera a formação em serviço importante para o seu desenvolvimento pessoal e profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Frequentou alguma formação em técnicas de massagem infantil para o alívio da dor e desconforto abdominal? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Considera que a massagem na região abdominal contribui para o alívio da dor e desconforto abdominal na criança? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

9. Conhece técnicas de massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal na criança? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

10. Se conhece, considera que são adequadas e suficientes para dar resposta às necessidades da criança e pais/cuidadores no alívio da dor e desconforto abdominal? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não, não conheço

11. Se conhece técnicas de massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal na criança, refira quais:

12. Aplica a massagem na gestão da dor e/ou desconforto abdominal na criança? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

13. Conhece as condições em que se devem realizar as massagens à criança? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

14. Conhece os benefícios da massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal na criança? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

15. Realiza ensinios aos pais sobre técnicas de massagem à criança no alívio da dor e desconforto abdominal, como forma de promoção das competências parentais? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

16. Considera que trabalhar num serviço de urgência é condicionador da realização da massagem à para o alívio da dor e desconforto abdominal? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

17. Considera pertinente capacitar os pais em contexto de urgência pediátrica na massagem à criança como estratégia não farmacológica no alívio da dor e desconforto abdominal? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

18. Outras considerações que tenha

Grata Pela Vossa Colaboração

Vera Letras, Aluna do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dezembro de 2020

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE 2 – Diapositivos da Sessão de Formação



Massagem Para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal

Enfermeira Vera Letras

Mestranda na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Local: Serviço de Urgência Pediátrica, Hospital de

Data: 9-01-2021

SUMÁRIO

1

- Introdução
- Clarificação dos Conceitos:
 - Cólica
 - Massagem Abdominal

2

- Demonstração das Técnicas da Massagem Abdominal

3

- Prática da Massagem Abdominal

4

- Avaliação
- Apresentação das propostas:
Poster e folheto

OBJETIVOS GERAIS

- Capacitar os enfermeiros para a realização da massagem abdominal como medida não farmacológica no alívio da dor e desconforto.
- Capacitar os enfermeiros para educar os pais na aplicação da massagem abdominal para o alívio da dor e desconforto.



- INTRODUÇÃO
- CLARIFICAÇÃO DOS
CONCEITOS:
CÓLICAS, MASSAGEM
ABDOMINAL

1

Principais diagnósticos de alta do Serviço de Urgência Pediátrica: **Cólica infantil.**

(Ratola et al., 2014; Albuquerque et al., 2015; Garcia et al., 2016; Mota, 2016; Fraga, 2018, Martins et al., 2020).

Causas: Inquietude parental; falta de apoio educacional, familiar ou sociocultural.

(Batu, Yenİ & Teksam, 2015)



Comprometimentos:

- Atrasos no atendimento de verdadeiras urgências
- Utilização indevida de profissionais de saúde e materiais
- Cascata de ansiedade e descontentamento nos clientes e profissionais
- Sobrecarga nos orçamentos hospitalares

(Marques, 2007)



Enfermagem:

Dotar os pais de competências parentais e conhecimentos.

(Harrison, 2004)



Aconselhamento e educação dos pais. Competência na avaliação do crescimento, desenvolvimento e estado de saúde da criança.

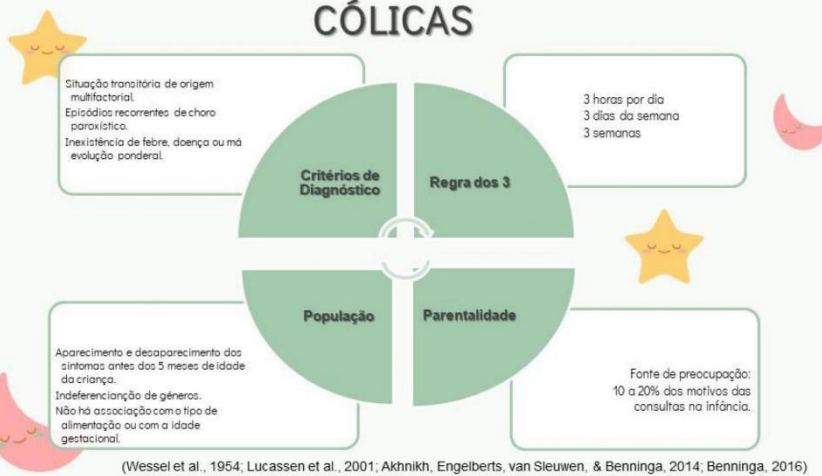
(Ordem dos Enfermeiros, 2010)



Recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetivo.

(Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015)

CÓLICAS



MASSAGEM ABDOMINAL

Evidência sobre a eficácia da massagem no tratamento da cólica infantil.
(Silva & Costa, 2019)

Sequência de movimentos.

Promocão:

Relaxamento muscular;
Circulação sanguínea;
Peristaltismo intestinal.

Redução dos sintomas associados à cólica infantil.

Vantagens: inócua, barata e aproxima os pais/cuidadores da criança.

(Nahidi, Gazerani, Youselfi & Abadi, 2017)



MASSAGEM ABDOMINAL

Interagir:

Toque nutritivo;
Promoção do *bonding*.

Estimular:

Sistema circulatório, sistema digestivo, sistema imunitário, sistema linfático, sistema nervoso;
Desenvolvimento muscular e tônico.

BENEFÍCIOS

Aliviar:

Gases e cólicas;
Obstipação;
Dores gastrointestinais (digestivas);
Tensão muscular, física e psicológica.

Relaxar:

Ajuda a normalizar o tônus muscular;
Redução dos níveis de stress, redução dos níveis de hormonas do stress (cortisol e a noradrenalina), maiores níveis de dopamina, diminuição da hipersensibilidade ou menor hiperatividade.

(McClure, 2000; Leboyer, 2009)

DEMONSTRAÇÃO
DAS TÉCNICAS
DA MASSAGEM
ABDOMINAL

2

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Sessão: Massagem Para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal
Local: Hospital de _____ Serviço de Urgência Pediátrica
Data: ____/____/____
Duração: 60 minutos
Formando: _____

A aquisição dos conhecimentos são avaliados com a escala qualitativa demonstra e não demonstra, pela observação individual, realizada pelo formador, da aplicação da massagem pelo formando a um boneco próprio para o efeito.
O formando é bem-sucedido quando demonstra corretamente mais de 4 técnicas da massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal.

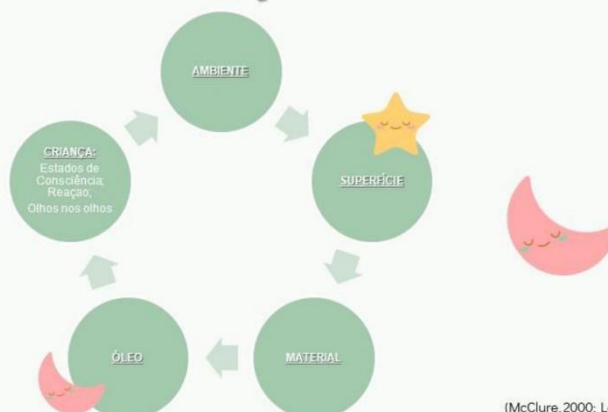
Parâmetros/Técnicas	Demonstra	Não Demonstra
Afastar os Dedos		
Sol e Lua		
Joelhos para Cima		
Pis do Molho		
I Love You		
Caminhar com os Dedos		
Total		

Avaliação: _____

Formador: _____

(Vera Letras)

Condições



(McClure, 2000; Leboyer, 2009)

A série de movimentos deve ser repetida 3 vezes, entre 2 a 3 vezes por dia, durante pelo menos 2 semanas.

Duração: cerca de 5 a 10 minutos.

(McClure, 2000; Leboyer, 2009)



Afastar os dedos

Colocar os dois polegares no centro da barriga do bebê e afastá-los deslizando por todo o abdômen.



Sol e Lua

Com a mão esquerda fazer um círculo no abdômen no sentido dos ponteiros do relógio, seguida da mão direita em meio círculo (das 10 para as 11 horas).



Joelhos para cima

Dobrar os joelhos sob a barriga do bebê e contar até 6 segundos, voltando a esticar as pernas.



Pás do Moinho

Com a 'almofada' das mãos passar alternadamente no abdômen do bebê como o movimento das pás de um moinho.



I Love You

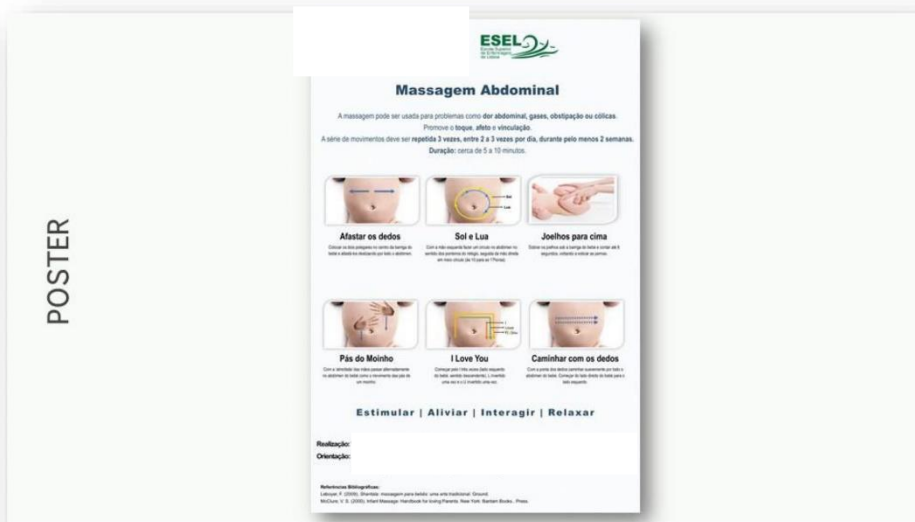
Começar pelo I três vezes (lado esquerdo do bebê, sentido descendente), L invertido uma vez e o U invertido uma vez.



Caminhar com os dedos

Com a ponta dos dedos caminhar suavemente por todo o abdômen do bebê. Começar do lado direito do bebê para o lado esquerdo.





Cólica Infantil

Normalmente os sintomas da cólica aparecem e desaparecem antes dos 5 meses de idade.

A criança chora muitas vezes e por muito tempo. Fica irritada ou agitada. Podem acontecer sem uma causa clara e não se conseguem antecipar ou resolver.

Aparece em bebés sem febre, sem doença e sem má evolução do peso.

Passa, dois, 3, a criança chora mais de 3 horas por dia, mais de 3 dias por semana, mais de 3 semanas.



Mensagem Abdominal

Alívio da Dor e Desconforto

Mensagem Abdominal

A mensagem pode ser usada para problemas como dor na barriga, gases, prisão de ventre ou cólicas.

A seguir ao movimento, deve ser repetida 2 vezes, entre 2 e 3 vezes por dia, durante pelo menos 2 semanas.

Duração: cerca de 5 a 10 minutos.

Disponibilize, ambiente calmo, seguro e aquecido, com todo o material necessário antes de iniciar a mensagem, aplicar nos bebés um pouco de óleo para bebé ou óleo vegetal puro, previamente a fim e colá-lo no óleo para aquecê-lo, assim como ao dia. Aplique a mensagem conversando com a criança, utilizando a voz afetuosa.

Técnicas da Mensagem

Alisar na Barriga

Coloque as duas mãos no centro da barriga do bebé e deslize-as para fora por todo o abdómen.

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Técnicas da Mensagem

Levar Tão

Coloque as duas mãos no centro da barriga do bebé e deslize-as para fora por todo o abdómen.

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

Como não se espera fazer um círculo no abdómen, os movimentos da mensagem de alisar, seguem-se do lado direito ao lado esquerdo (de 12 para as 12 horas).

OBRIGADA!

Tem alguma questão?
vera.letras@campus.esel.pt



Referências Bibliográficas

- Akhnikh, S., Engelberts, A. C., van Sleuwen, B. E., & Benninga, M. A. (2014). The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatric annals*, 43(4), e69-e75.
- Albuquerque, C. L., Salva, I., Santos, J., Batalha, S., Lito, D., Ferreira, P., & Cunha, F. (2015). O Recém-Nascido no Serviço de Urgência-Que Triagem?.
- Batu, E. D., Yeni, S., & Teksam, O. (2015). The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 48(5), 542-547.
- Benninga, M. A., Nurko, S., Faure, C., Hyman, P. E., Roberts, I. S. J., & Schechter, N. L. (2016). Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*, 150(6), 1443-1455.
- Campadello, P. (2000). *Massagem infantil-Método Shantala: carinho, saúde e amor para o seu bebê*. São Paulo: Madras.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.
- Fraga, V. M. *Recém-nascidos admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica* (Doctoral dissertation).
- Garcia, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A. T., Bento, V., Alves, C., & Almeida, H. (2016). Recém-nascidos no serviço de urgência pediátrica: casuística de um ano. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47, 61-67.
- Harrison, M. B. (2004). Transitions, continuity, and nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 36(2).
- Leboyer, F. (2009). *Shantala: massagem para bebês: uma arte tradicional*. Ground.
- Lucassen, P. L. B. J., Assendelft, W. J. J., Van Eijk, J. T. M., Gubbels, J. W., Douwes, A. C., & Van Geldrop, W. J. (2001). Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Archives of disease in childhood*, 84(5), 398-403.
- Marques, A. (2007). *Proposta de Requalificação das Urgências-Esclarecimentos Adicionais*. Ministério da Saúde, Comunicado nº1.

Referências Bibliográficas

- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar-Um Estudo Piloto. *Acta Medica Portuguesa*, 33(5).
- McClure, V. S. (2000). *Infant Massage: Handbook for loving Parents*. New York: Bantam Books., Press.
- Mota, B. N. M. (2016). *Admissões no período neonatal numa urgência pediátrica* (Master's thesis).
- Nahidi, F., Gazerani, N., Yousefi, P., & Abadi, A. R. (2017). The comparison of the effects of massaging and rocking on infantile colic. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(1), 67.
- Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE. Série I, 1(3).
- Phelps, K., Taylor, C., Kimmel, S., Nagel, R., Klein, W., & Puczynski, S. (2000). Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1086.
- Ratola, A., Machado, M., Almeida, Â., Pio, D., & Almeida, S. (2014). Recém-nascido no Serviço de Urgência: casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer*, 23(1), 12-16.
- Ruiz, C. F., de la Maza, V. T. S., Barcenilla, A. C., del Olmo, N. L., & Cubells, C. L. (2006, August). Asistencia a neonatos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario. In *Anales de Pediatría* (Vol. 65, No. 2, pp. 123-128). Elsevier Doyma.
- Silva, S. M., & Costa, M. (2019). *MASSAGEM NO TRATAMENTO DA CÓLICA INFANTIL: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA*.
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics*, 14(5), 421-435.

APÊNDICE 3 – Poster – Massagem Abdominal

Massagem Abdominal

A massagem pode ser usada para problemas como **dor abdominal, gases, obstipação ou cólicas**.

Promove o **toque, afeto e vinculação**.

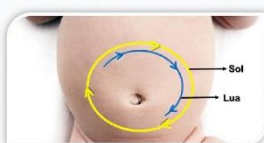
A série de movimentos deve ser **repetida 3 vezes, entre 2 a 3 vezes por dia, durante pelo menos 2 semanas**.

Duração: cerca de 5 a 10 minutos.



Afastar os dedos

Colocar os dois polegares no centro da barriga do bebé e afastá-los deslizando por todo o abdómen.



Sol e Lua

Com a mão esquerda fazer um círculo no abdómen no sentido dos ponteiros do relógio, seguida da mão direita em meio círculo (às 10 para as 17 horas).



Joelhos para cima

Dobrar os joelhos sob a barriga do bebé e contar até 6 segundos, voltando a esticar as pernas.



Pás do Moinho

Com a 'almofada' das mãos passar alternadamente no abdómen do bebé como o movimento das pás de um moinho.



I Love You

Começar pelo I três vezes (lado esquerdo do bebé, sentido descendente), L invertido uma vez e o U invertido uma vez.



Caminhar com os dedos

Com a ponta dos dedos caminhar suavemente por todo o abdómen do bebé. Começar do lado direito do bebé para o lado esquerdo.

Estimular | Aliviar | Interagir | Relaxar

Realização: Vera Letras, Mestranda na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Orientação:

Referências Bibliográficas:

Leboyer, F. (2009). *Shantala: massagem para bebés: uma arte tradicional*. Ground.
McClure, V. S. (2000). *Infant Massage: Handbook for loving Parents*. New York: Bantam Books.. Press.

**APÊNDICE 4 – Folheto – Massagem Abdominal Para o Alívio da Dor
e Desconforto**

Cólica Infantil

Normalmente os sintomas da cólica aparecem e desaparecem antes dos 5 meses de idade.

A criança chora muitas vezes e por muito tempo. Fica irritada ou agitada.

Podem acontecer sem uma causa clara e não se conseguem antecipar ou resolver.

Aparece em bebés sem febre, sem doença e sem má evolução do peso.

Regra dos 3: a criança chora mais de 3 horas por dia, mais de 3 dias por semana, mais de 3 semanas.



Massagem Abdominal

Alívio da Dor e Desconforto

Massagem Abdominal

A massagem pode ser usada para problemas como dor na barriga, gases, 'prisão de ventre' ou cólicas.

A série de movimentos deve ser repetida 3 vezes, entre 2 a 3 vezes por dia, durante pelo menos 2 semanas.

Duração: cerca de 5 a 10 minutos.

Preparação: ambiente calmo, seguro e aquecido; reunir todo o material necessário antes de iniciar a massagem; aplicar nas mãos um pouco de óleo para bebé ou óleo vegetal puro, prensado a frio e esfregue as mãos para aquecê-las assim como ao óleo. Aplique a massagem conversando com a criança, olhando a nos olhos.

Técnicas da Massagem



Afastar os dedos

Colocar os dois polegares no centro da barriga do bebé e afastá-los deslizando por todo o abdómen.



Sol e Lua

Com a mão esquerda fazer um círculo no abdómen no sentido dos ponteiros do relógio, seguida da mão direita em meio círculo (às 10 para as 17 horas).



Joelhos para cima

Dobrar os joelhos sob a barriga do bebé e contar até 8 segundos, voltando a esticar as pernas.



Pás do Molinho

Com a 'almofada' das mãos passar alternadamente no abdómen do bebé como o movimento das pás de um moinho.

Técnicas da Massagem



I Love You

Corregar pelo I três vezes (lado esquerdo do bebé, sentido do relógio), L invertido uma vez e o U invertido uma vez.



Caminhar com os dedos

Como a ponta dos dedos caminhar suavemente por todo o abdómen do bebé. Começar do lado direito do bebé para o lado esquerdo.

Bibliografia:
Campesello, T. (2009). *Massagem infantil-História, benefícios, saúde e amor para o seu bebé*. São Paulo: Madras.
Barrington, M. A., Nakke, S., Faine, C., Heyman, P. E., Roberts, I. S. J., & Beharier, N. L. (2010). Childhood functional gastrointestinal disorders: neonatal history. *Gastroenterology*, 138(5), 1443-1455.
Lefevre, P. (2008). *Shantala: massagem para bebés: uma arte tradicional*. Grátis.
McClure, V. G. (2002). *Infant Massage: Handbook for loving Parents*. New York: Random Books, Press.
Nahidi, F., Qazarian, N., Yousefi, P., & Abadi, A. R. (2017). The comparison of the effects of massage and rocking on infantile colic. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 67.
Vesale, M. A., Cotto, J. C., Jackson, E. B., Hains, G. S., & Olevier, A. C. (1995). *Paronychia* [Review]. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 21(6), 421-426.

APÊNDICE 5 – Instrumento de Avaliação do Formando

Sessão: *Massagem Para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal*

Local: Hospital () Serviço de Urgência Pediátrica

Data: __/__/__

Duração: 60 minutos

Formando: _____

A aquisição dos conhecimentos são avaliados com a escala qualitativa demonstra e não demonstra, pela observação individual, realizada pelo formador, da aplicação da massagem pelo formando a um boneco próprio para o efeito.

O formando é bem-sucedido quando demonstra corretamente mais de 4 técnicas da massagem para o alívio da dor e desconforto abdominal.

Parâmetros/Técnicas	Demonstra	Não Demonstra
Afastar os Dedos		
Sol e Lua		
Joelhos para Cima		
Pás do Moinho		
I Lave You		
Caminhar com os Dedos		
Total		

Avaliação: _____

Formador

(Vera Letras)

APÊNDICE 6 – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação



Seção 1 de 6

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação: "Massagem Infantil para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal"

Com vista a melhorar formações futuras no âmbito da massagem infantil para alívio da dor e desconforto abdominal, gostaria que preenchesse esta Ficha de Avaliação, relativamente à sessão em que participou: "Massagem Infantil para o alívio da dor e desconforto abdominal", realizada em Janeiro de 2021 no SUP do

A sua colaboração é de extrema importância.
Obrigado pela sua disponibilidade.

Vera Leitão

(Mestranda na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Após a seção 1 Continuar para a seção seguinte

Seção 2 de 6

Conhecimentos Iniciais e Expectativas

Assinale a resposta que considera mais adequada.

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 - Nada Satisfeito
- 2 - Pouco Satisfeito
- 3 - Satisfeito
- 4 - Muito Satisfeito

Tendo em conta as suas expectativas para a formação, considera-se:

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Após a seção 2 Continuar para a seção seguinte

Seção 3 de 6

Desempenho do Formador

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 - Não Adequado
- 2 - Parcialmente Adequado
- 3 - Adequado
- 4 - Muito Adequado

Relativamente à clareza na transmissão dos conteúdos, considera que foi:

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

2. Relativamente à clareza na transmissão dos conteúdos, considera que foi:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

3. Relativamente ao clima propício à participação, considera que foi:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

4. Relativamente ao domínio dos assuntos expostos, considera que foi:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

5. Relativamente aos métodos utilizados, considera que foram:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação: "Massagem Infantil para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal"

Com vista a melhorar formações futuras no âmbito da massagem infantil para alívio da dor e desconforto abdominal, gostaria que preenchesse esta Ficha de Avaliação, relativamente à sessão em que participou: "Massagem infantil para o alívio da dor e desconforto abdominal", realizada em janeiro de 2021 no SUP do

A sua colaboração é de extrema importância.

Grata pela sua disponibilidade.

Vera Letras

(Mestranda na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

***Obrigatório**

Conhecimentos Iniciais e Expectativas

Assinale a resposta que considera mais adequada.

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 - Nada Satisfeito
- 2 - Pouco Satisfeito
- 3 - Satisfeito
- 4 - Muito Satisfeito

1. Tendo em conta as suas expectativas para a formação, considera-se:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Desempenho do Formador

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 - Não Adequado
- 2 - Parcialmente Adequado
- 3 - Adequado
- 4 - Muito Adequado

Funcionamento da Sessão de Formação

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 - Não Adequado
- 2 - Parcialmente Adequado
- 3 - Adequado
- 4 - Muito Adequado

6. Relativamente aos objetivos, considera que foram: *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

7. Relativamente ao conteúdo da sessão, considera que foi:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

8. Relativamente à estrutura da sessão, considera que foi:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

9. Relativamente à sua quantidade e qualidade, os materiais pedagógicos foram:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

10. Relativamente à duração da sessão, considera que foi:

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Resultados Alcançados

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 - Insuficiente
- 2 - Médio
- 3 - Bom
- 4 - Excelente

11. Como classifica os resultados de aprendizagem obtidos pela frequência desta formação? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

12. Na sua opinião, quais os pontos fortes e fracos desta formação?

13. Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

14. Nome (facultativo)

15. Data de preenchimento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

Muito Obrigada
Pela Sua
Colaboração

Vera Letras
(Mestranda na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatría - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**APÊNDICE 7 – Resultados do Questionário do Levantamento das
Necessidade Formativas**

APÊNDICE 8 – Resultados das Fichas de Avaliação da Formação

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação: "Massagem Infantil para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal"

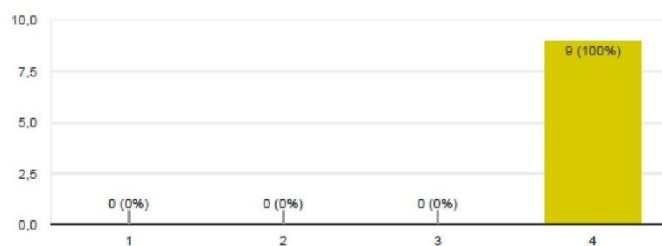
9 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Conhecimentos Iniciais e Expectativas

Tendo em conta as suas expetativas para a formação, considera-se:

9 respostas

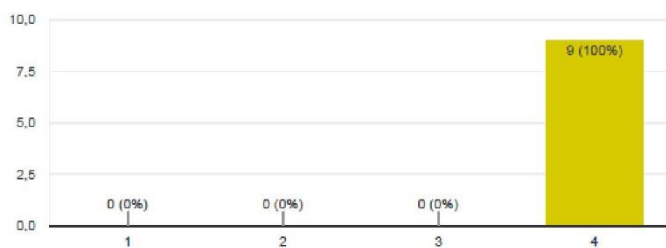


Desempenho do Formador



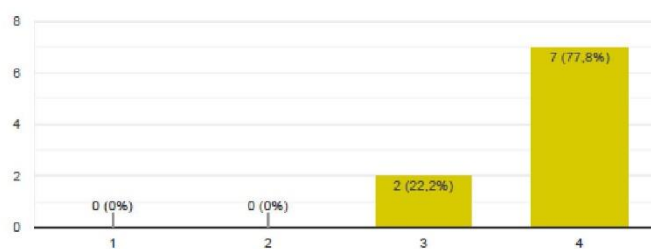
Relativamente à clareza na transmissão dos conteúdos, considera que foi:

9 respostas



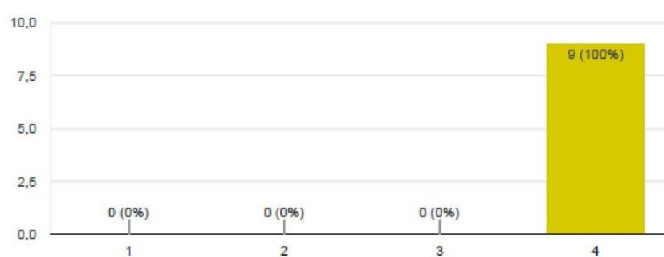
Relativamente ao clima propício à participação, considera que foi:

9 respostas



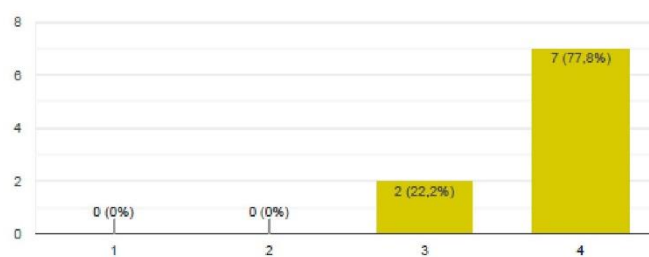
Relativamente ao domínio dos assuntos expostos, considera que foi:

9 respostas



Relativamente aos métodos utilizados, considera que foram:

9 respostas

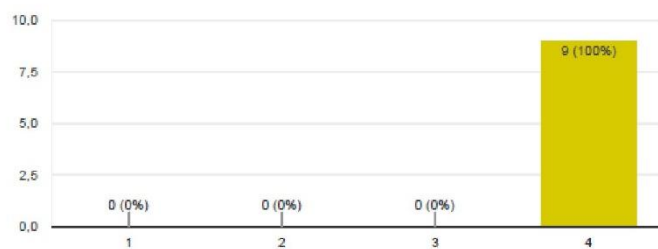


Funcionamento da Sessão de Formação



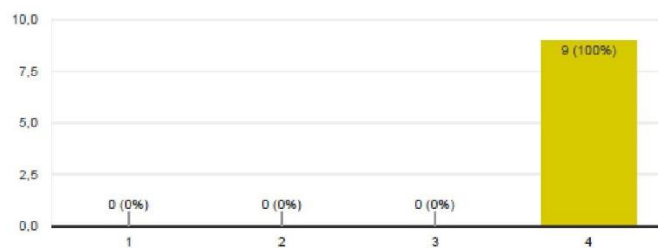
Relativamente aos objetivos, considera que foram:

9 respostas



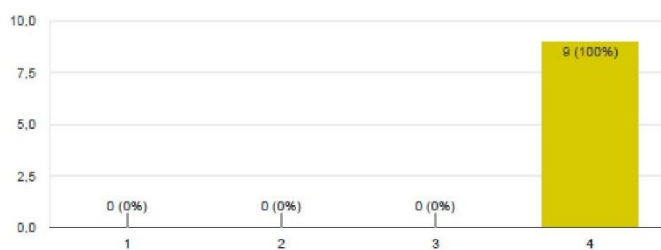
Relativamente ao conteúdo da sessão, considera que foi:

9 respostas



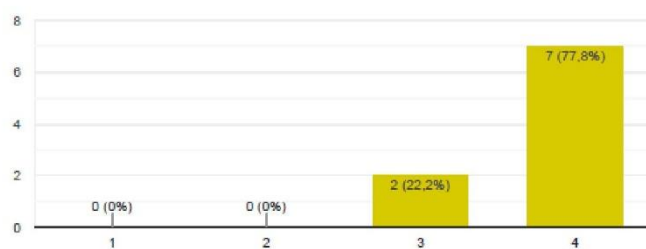
Relativamente à estrutura da sessão, considera que foi:

9 respostas



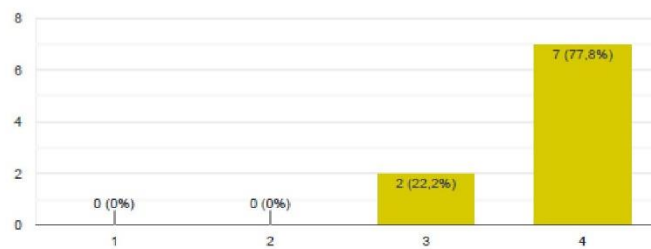
Relativamente à sua quantidade e qualidade, os materiais pedagógicos foram:

9 respostas



Relativamente à duração da sessão, considera que foi:

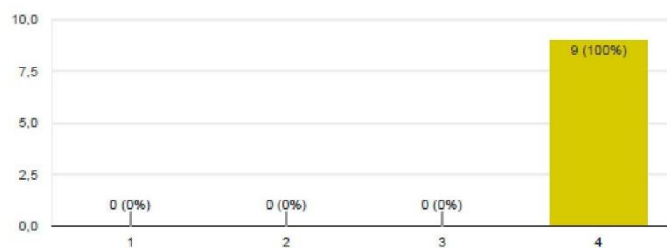
9 respostas



Resultados Alcançados

Como classifica os resultados de aprendizagem obtidos pela frequência desta formação?

9 respostas



Na sua opinião, quais os pontos fortes e fracos desta formação?

5 respostas

fracos, o espaço e a pandemia. fortes, a comunicação da vera e o tema

mais tempo para treinar e a demonstração foi muito clara e fácil de ensinar os pais

espaço como ponto forte e a pandemia pela parte prática e ponto forte o ambiente que a formadora criou e transmitiu a informação

fortes: conhecimentos da formadora e os artigos e justificação da formação. fraco: condicionantes da pandemia no treino e espaço

a vera comunica bem e trouxe um tema pertinente pela quantidade de crianças que vêm à urgência por cólicas. apresentou uma intervenção autónoma de enfermagem e valorizou a enfermagem. como ponto fraco, o espaço, devia ser num espaço maior, para abranger mais pessoas e partilharmos mais opiniões

Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

4 respostas

mais formações destas

mais tempo na sessão para treinar as técnicas

repetir a formação

fazer mais sessões sobre a restante massagem na criança

Nome (facultativo)



10/01/2021

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação: "Massagem Infantil para o Alívio da Dor e Desconforto Abdominal"

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Data de preenchimento

9 respostas

01/2021	9	4	10	4
12/2021	9			

Muito Obrigada Pela Sua Colaboração

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



https://docs.google.com/forms/d/1RbrVtambiwc2uPCLOnAJUBibJvyLPWy7wQ_wAtFGDcU/viewanalytics

8/8

**Apêndice VII - Reflexão Crítica Registos de Enfermagem nas
CVSIJ. Norma de Procedimentos**



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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Reflexão Crítica
Registos de Enfermagem nas CVSIJ**

"A Capacitação Parental para a Promoção do Desenvolvimento do *Toddler*:
Contributos do Enfermeiro Especialista"

Vera Lúcia da Silva Letras

Lisboa

2021

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ANA - American Nurses Association

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EO – Enfermeiro Orientador

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVSIJ – Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

ICN – *International Council of Nurses*

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação de Enfermagem

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO	4
2. REFLEXÃO CRÍTICA	7
3. NORMA DE PROCEDIMENTOS	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

1. ENQUADRAMENTO

Esta reflexão crítica surge no decorrer do percurso formativo a ser desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar (USF) orientado pelo projeto previamente delineado.

Surge por uma necessidade e interesse individual, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), identificada como competência de Enfermeiro Especialista (EE) a desenvolver: competência C1. no domínio da gestão dos cuidados, devendo o enfermeiro fazer a gestão dos cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, desenvolvendo práticas na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019).

No decorrer dos estágios, verifico que há uma grande preocupação pelos registos de Enfermagem, sendo dedicado a estes, pelos Enfermeiros Orientadores (EO) e Enfermeiros Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), tempo, rigor, dedicação e pesquisa.

No entanto, anteriormente à realização do curso de mestrado, os registos de Enfermagem no meu contexto de trabalho, eram mais reduzidos, existindo várias intervenções de Enfermagem, que pela dificuldade no uso dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) e à sua parametrização local, no programa SClinico®, eram realizadas em notas associadas ao contacto do cliente de cuidados em texto livre, para além de serem realizadas em duplicado em papel.

Os registos eram, em alguns diagnósticos e intervenções, realizados em texto livre, pela preocupação em fundamentar a minha tomada de decisão na prática de cuidados no processo de enfermagem, mas, pelas dificuldades sentidas como a gestão do tempo (pela duplicidade de registos), uso pouco intuitivo do SClinico®, a não uniformização dos registos, falta de formação e pouca participação aquando da parametrização dos mesmos, conduziram-me a esta forma suplementar de documentar a minha prática clínica.

Durante a minha formação tenho pesquisado os SIE, pretendendo melhorar as minhas competências, explorando com maior interesse o programa SClinico® e consultando informações sobre os mesmos, procurando estudos realizados, documentos da Ordem dos Enfermeiros (OE), da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e normas e orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Com a realização dos estágios, foi-me possível conciliar a teoria com a prática nos SIE, consolidando o conhecimento, uma vez que na minha equipa, no meu contexto profissional, não consegui ter esse apoio, pela também identificada falta de conhecimento e perícia no uso dos mesmos e existir o recurso recorrente e imposição dos registos em papel.

Verifico que, no meu contexto de trabalho, não há a prática e uniformização de documentar os cuidados de Enfermagem nos SIE como observo nos contextos de estágio. Verifico também que há uma diferença significativa entre os registos de Enfermagem pelos EO, EE, e pelos restantes elementos da equipa dos diferentes contextos. No contexto da USF, há a mesma preocupação pela equipa, uma vez que os registos no aplicativo SClinico® foram implementados há cerca de dois anos, com poucos momentos formativos e de oportunidade de partilha de conhecimentos, condicionantes da atual situação pandemia SARS-CoV-2.

Estes fatores foram um espoletar para a realização da reflexão crítica e uma necessidade identificada pela EO e equipa de Enfermagem da USF, em construir e implementar uma Norma de Procedimentos para a uniformização dos registos nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ) dos 0 aos 5 anos.

Sinto-me confrontada com várias inquietações que me conduziram a refletir e a tentar compreender de que forma posso melhorar a minha prática clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados: “Será que o que documento é suficiente para a continuidade de cuidados?”, “Será essa informação acessível a toda a equipa multiprofissional?”, “Será que o tempo alocado aos registos é justificativo para a falta dos mesmos? E os registos em papel?”, “Será importante uniformizar os registos de Enfermagem? Como?”.

Surge então esta preocupação, no contexto dos CSP, pela importância e uniformização dos registos de Enfermagem, pois, apesar de os considerar fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados e a sua continuidade e visibilidade, não se realizam de uma forma uniforme e não são suficientemente valorizados no meu contexto de trabalho, havendo ainda a prática dos registos em papel.

No meu contexto de trabalho, os registos são escassos, com informações insuficientes, não traduzindo a realidade do desempenho da equipa de enfermagem. Os registos, quando escassos e inadequados, comprometem o cuidado ao cliente, bem como a instituição e a equipa de enfermagem, havendo um comprometimento da

segurança e do cuidado, dificultando a mensuração dos resultados que advêm da prática clínica (Setz & D'Innocenzo, 2009).

Pretendo, desta forma, realizar uma reflexão crítica sobre a importância dos registos de Enfermagem nos SIE, no sentido de desenvolver a competência de EE identificada, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional respondendo às necessidades da criança e família, nas CVSIJ, com o uso do Processo de Enfermagem.

O enfermeiro deverá identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente (individual ou grupo), e após identificar a problemática, prescrever as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar problemas reais identificados (OE & Conselho de Enfermagem, 2012). Tal como refere Pires (2012), a preocupação com a qualidade dos cuidados deve iniciar-se com a identificação das necessidades dos clientes.

A qualidade dos cuidados implica também liderança, com a estimulação da formação dos profissionais e o trabalho em equipa, criando envolvimento e compromisso efetivo, fundamentais para a evolução da organização, sendo referido pela OE e Conselho de Enfermagem (2012), nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que a qualidade exige reflexão sobre a prática, que é evidenciada na necessidade de tempo adequado para refletir nos cuidados prestados.

2. REFLEXÃO CRÍTICA

A Enfermagem, ao longo dos anos, produziu conceitos que lhe são próprios e que foram a base para a construção dos seus modelos e teorias – metaparadigmas (Fortin, 2009) sendo os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem referenciados como os metaparadigmas da enfermagem e norteiam o conhecimento em enfermagem (OE & Conselho de Enfermagem, 2012).

Também foram contributos a organização do ensino em Enfermagem, assim como de Associações de Enfermagem que emergiram como pilares do desenvolvimento da investigação em Enfermagem, bem como a contribuição de Florence Nightingale, a ‘mãe’ da Enfermagem Moderna; da primeira presidente do *International Council of Nurses* (ICN) em 1899, Ethel Fenwick; e ainda de Alice Fisher, em 1896, a precursora da American Nurses Association (ANA) (Melo, 2020).

Surge, mais tarde, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), atualmente designada de *NANDA International*, pelos quais os enfermeiros estudam os modelos formais fundamentados nos sistemas de classificação e nos diagnósticos de enfermagem, apoiando, não só as fases do processo de enfermagem (histórico, diagnóstico, intervenção, implementação e avaliação), como o registo computadorizado em enfermagem (Santos, 2004).

A preocupação pela problemática da documentação dos cuidados de Enfermagem, existe assim há várias décadas, devendo os seus registos, exibir a prática clínica de uma forma fiel, garantindo a melhoria da qualidade e a continuidade dos cuidados prestados (Sá, Dias & Norelho, 2020).

Como forma de organizar, de uma forma sistemática, o pensamento e a tomada de decisão clínica para a resolução de problemas e planeamento dos cuidados às pessoas, surgiu o Processo de Enfermagem (Silva, 2006). Os Sistemas de Informação (SI), para além de permitirem a partilha de informação entre os profissionais, permitem a tomada de decisão mais assertiva, promovendo a individualização do atendimento e a consequente eficiência, eficácia, efetividade e resolubilidade ao cuidado (Rodríguez et al., 2008).

A informação é fundamental para a prática de Enfermagem, requerendo a sua integração e interpretação das informações clínicas, que apoiam e ajudam o profissional na tomada de decisão, gerindo desta forma, com qualidade, os cuidados que são prestados, minimizando os riscos e resolvendo os problemas de saúde dos clientes, foco de diagnósticos de Enfermagem (Melo, 2020).

Também a OE (2007a), alerta para a pertinência, não só "(...) dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, a continuidade e qualidade de cuidados (...) para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão." (p. 1).

Sendo o Processo de Enfermagem sistemático por compreender cinco passos, a investigação, o diagnóstico, o planeamento e evolução, e humanização, uma vez que na realização do planeamento de cuidados, devem ser considerados os interesses, os desejos e ideias do cliente, permitindo a visibilidade e reconhecimento profissional, mas também a avaliação da prática (Malagutti & Miranda, 2011).

O Processo de Enfermagem, usado de uma forma sistemática, pode demonstrar a qualidade da prática clínica no cliente, família e grupos, de forma que possa ser melhorada, sendo um método eficiente na tomada de decisão clínica e resolução de problemas, bem como na manutenção da saúde (Cabral, 2015). Este apresenta uma estrutura teórica, que permite ao enfermeiro atender o cliente de uma forma holística, conseguindo através de conhecimento e fundamentação teórica, aplicar na prática clínica, atendendo às demandas de cada indivíduo de acordo com as necessidades pessoais (Cabral, 2015).

Uma metodologia de trabalho que sistematize as nossas ações e a gestão dos nossos cuidados, produz resultados que podem ser mensurados, compreendendo desta forma que os SIE, destinados à documentação dos cuidados, ao apoiarem a nossa prática, são um caminho para a valorização e crescimento da Enfermagem. Estes deverão proporcionar satisfação e segurança na prática de cuidados (Melo, 2020).

É fundamental facilitar-se a partilha e uso da informação gerada pelos enfermeiros, que seja compreendida pelos sistemas, pelos profissionais e pelos utilizadores, nos diferentes contextos da prestação de cuidados (Sousa, 2012). Para tal, os dados dos cuidados de enfermagem deverão ser integrados nos Sistemas de Informação (SI), uma vez que os cidadãos precisam de ser acompanhados ao longo do seu ciclo vital, nos diferentes contextos da prestação de cuidados em qualquer local onde sejam prestados (OE, 2007a). Sendo que a OE (2007a) em conjunto com o *International Council of Nurses* (ICN), sentiram a necessidade de definir um conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos SIE.

Para efeitos da documentação de diagnósticos de Enfermagem, intervenções autónomas e resultados, a OE preconiza a utilização da CIPE/ICN®, a única

classificação de Enfermagem reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), garantindo esta nos SIE, nomeadamente no Registo de Saúde Eletrónico (OE, 2007b).

Passou a existir uma articulação entre a linguagem natural e a classificada, com a incorporação de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, permitindo a melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem (Sousa, 2012). Não bastando a disponibilização da informação, mas também a sua gestão, caso contrário teríamos muitos dados desorganizados e sem sentido, não permitindo ao profissional retirar a informação que necessita para a sua prática clínica (Sousa, 2012).

Sousa (2012) refere que, apesar da literatura evidenciar a importância da interoperabilidade técnica, para manter os dados interoperáveis, é na interoperabilidade semântica, que reside o grande desafio para os SIE. Numa tentativa de superar a barreira da interoperabilidade semântica nos SIE, a entidade reguladora da profissão de enfermagem adotou a CIPE®, como *standard* internacional de terminologia de enfermagem que se encontra em uso na maioria das instituições de saúde do nosso país (Sá, Dias & Norelho, 2020).

No entanto, os registos não se encontram realizados de uma forma padronizada, tornando difícil aceder a informações de diferentes instituições, sendo que mesmo na própria instituição, esta encontra-se dispersa nos vários SI, como são o caso do SClinico®, SINUS®, ALERT®, tornando-se desta forma mais moroso o seu acesso e mais indutor de não conformidades (Sá, Dias & Norelho, 2020).

A CIPE® aprovisiona uma linguagem comum para que os enfermeiros consigam descrever o que observam, assim como registar o que fazem. Esta permite aos enfermeiros de diferentes regiões e países comparar a prática de Enfermagem e partilhar informações sobre a prestação de cuidados e os ganhos em saúde (OE & ICN, 2016). Pretende ainda transformar a Enfermagem e melhorar a saúde pela aplicação visionária das tecnologias de informação e comunicação (OE & ICN, 2016).

Também o Ministério da Saúde (2013), no Programa do XIX Governo, conjectura a promoção da melhoria dos registos eletrónicos de dados de saúde, bem como a sua partilha a nível nacional, revelando-se esta partilha um instrumento fundamental para a melhoria dos cuidados prestados à população, e um instrumento imprescindível à eficiência e eficácia de um sistema de saúde moderno, sendo fundamental garantir o aumento da quantidade e qualidade da informação respeitante aos registos clínicos, disponíveis nos SI, de forma estruturada e normalizada.

Sendo uma prioridade nas instituições de saúde a gestão de recursos e a qualidade dos cuidados, a gestão da informação torna-se imprescindível, de forma a que os registos nos SIE possam ser alvo de um rápido acesso, fácil de registar, comparáveis, monitorizáveis, de forma a que a sua eficiência, eficácia, assertividade, acessibilidade, segurança e equidade, sejam persistentes na prestação dos cuidados de enfermagem, tornando cada vez mais visível a profissão que por si, já demonstra no cliente, família e grupos, enormes ganhos em saúde (Sá, Dias & Norelho, 2020).

Sugestão realizada por Sá, Dias e Norelho (2020) na melhoria dos SI, é a introdução de *links* de acesso a portais de informação, sendo possível consultar artigos de evidência científica recentes, assim como normas e diretivas da DGS, refletindo-se em melhores práticas de saúde, com benefícios para quem presta cuidados, mas também para quem é alvo dos cuidados.

Atualmente, são cada vez mais os cuidados documentados na área da saúde, sendo este processo fortemente desencadeado pelo facto da informática e as tecnologias fazerem parte das atividades diárias dos profissionais de saúde, sendo consensual, que a prestação de cuidados confiáveis, seguros e fidedignos só são possíveis a partir do suporte de um modelo de informação que possibilite aos profissionais o acesso à informação de saúde relevante do cliente, independentemente do local e origem da prestação (ACSS, 2009).

São vários os principais motivos para os quais os enfermeiros sentem a necessidade de documentar os seus cuidados, sendo referido por Silva (2006), a promoção dos cuidados, a produção de documentação de cuidados, a avaliação dos cuidados, a investigação sobre os cuidados e a otimização da sua gestão.

Os SI, na prática de Enfermagem, têm também como objetivo, a extração de dados que permitem a avaliação de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem e, com isto, um aumento da visibilidade dos mesmos, da valorização profissional e da monitorização da atividade (Nascimento et al., 2021).

Existe um aumento da consciencialização e sensibilização da necessidade de encontrar soluções de SIE, que sejam promotores da comunicação e da continuidade dos cuidados, assim como da gestão, da formação e da investigação (Silva, 2006).

Foi possível a apropriação dos requisitos e conceitos essenciais à utilização dos SI eletrónicos e a existência de dados integrados, tornando possível inferências sobre as práticas de cuidados e iniciar desta forma programas de melhoria contínua (Sousa, 2006).

A promoção da continuidade dos cuidados surge como um dos principais objetivos dos SI, garantindo-se que estes tenham os requisitos, quer estruturais, quer de conteúdo, que sejam centrados na informação relevante para efeitos da coordenação entre profissionais envolvidos na assistência ao cliente, contemplando três grandes áreas de atenção: gestão e/ou coordenação dos cuidados; documentação do domínio autónomo do exercício; e domínio do exercício dos enfermeiros que resulta da tomada de decisão do médico (OE, 2007b), de forma a ser possível tirar vantagem das novas capacidades de gestão da informação, com o objetivo de reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os níveis do serviço (Silva, 2006).

Atuando o EE “(...) como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Regulamento n.º 140/2019, p.4749).

Fazer os registos em Enfermagem é a ação de pôr por escrito os factos (dados interpretados) relacionados com a pessoa que precisa de cuidados de enfermagem, ou seja, a documentação de Enfermagem que gera informação não apenas para uso interprofissional, como para o consumo de outros profissionais. Essa informação serve como base para a prestação de cuidados e deverá conter os dados observados e interpretados (diagnóstico de enfermagem) e também as intervenções direcionadas à situação que exige cuidados e resultados das intervenções de Enfermagem (Figueiroa-Rêgo, 2003).

A informação associada aos cuidados de Enfermagem, evolui do ênfase colocado na produção de prova documental da assistência ao cliente, para a promoção da continuidade dos cuidados, acrescentando uma nova dimensão centrada na otimização dos processos de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Silva, 2006).

Constata-se que as pessoas envolvidas no processo de cuidados, têm cada vez mais a necessidade de acesso à informação, assistindo-se a um maior envolvimento do cidadão nas decisões sobre a sua saúde, mas também, é exigido pelos profissionais de saúde que a informação clínica esteja presente no momento e no local onde é mais necessária, independentemente de onde são prestados os cuidados; já os decisores políticos e os gestores desejam aceder a informação em tempo útil, para definição de políticas, programas de gestão e monitorização da qualidade dos cuidados disponibilizados (Sousa, 2012).

A informação relativa aos cuidados de enfermagem, decorrente da documentação da prestação direta de cuidados, pode ser analisada num sentido de aprendizagem em que a reflexão visa compreender os problemas e as suas causas, de forma a que se introduzam mudanças que incitem um exercício mais coerente com as teorias expostas, assim como retirar contributos para uma melhoria da continuidade dos cuidados e a sua integração entre diferentes contextos (Azevedo & Sousa, 2012).

Assim, os SI em saúde, onde se incluem os indicadores de qualidade, têm como foco a uniformização dos registos em saúde, assim como a visibilidade dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021).

Os SI são importantes para a obtenção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, havendo efetivamente um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados, possibilitando a mensurabilidade da qualidade nas intervenções (Nascimento et al., 2021).

São verificados, como desafios ao uso dos SIE, a dificuldade de os profissionais conhecerem o impacto dos registos informáticos; a visibilidade dos indicadores em enfermagem; assim como o tempo que é alocado aos registos, em contexto da prestação de cuidados (Nascimento et al., 2021).

Estes não são suficientemente valorizados no meu contexto de trabalho, também porque, maioritariamente, tal como se verifica em outras unidades de saúde, as políticas em saúde têm por base um financiamento que assenta numa vertente maioritariamente médica, considerando de forma insignificativa, pouco mensurável, os cuidados prestados pelos enfermeiros na obtenção dos ganhos em saúde para a população (Nascimento et al., 2021).

São competências do enfermeiro de cuidados gerais, no Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, utilizar o Processo de Enfermagem (Competência B3.), analisando, interpretando e documentando os dados com exatidão. No domínio do desenvolvimento profissional, é sua competência contribuir para a valorização profissional, contribuindo para o desenvolvimento da prática de Enfermagem (competência C1.) (Regulamento n.º 190/2015).

Para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro deverá utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade de Enfermagem, participando em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade (Competência C2.) (Regulamento n.º 190/2015).

Para que os indicadores tenham expressão, é fundamental que sejam registados, que a informação da intervenção realizada pelo Enfermeiro seja

corretamente registada, no que diz respeito ao local, mas também ao seu conteúdo. Estes registos devem ser o mais uniforme possível, de forma a permitir que em qualquer região e ou país, em qualquer contexto de cuidados, qualquer enfermeiro possa registar as mesmas intervenções da mesma forma, garantindo desta forma uma adequação e, principalmente, uma maior expressão no que diz respeito ao impacto. Se o processo de Enfermagem não for registado, não são produzidos indicadores de avaliação de qualidade, não traduzindo a visibilidade à sociedade da atuação da Enfermagem, como dificilmente transparece o processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Liang, Chang & Lin, 2019).

Na revisão narrativa da literatura Nascimento et al. (2021), são referidas que as reflexões empiricamente realizadas são numa perspetiva em que se vêem os SI como o futuro para a visibilidade e a avaliação de desempenho dos cuidados prestados, necessitando, no entanto, de ser consolidada a translação dos resultados para a prática que terão impacto nas políticas de saúde.

Segundo Sousa (2006), os SI são considerados como estruturas sólidas, que possibilitam reunir, armazenar, processar e facultar informação pertinente, de forma a torná-la acessível e proveitosa para todos os intervenientes, sendo que assim, otimizar o fluxo de informação numa organização de saúde, será a solução estratégica para a melhoria da qualidade de cuidados prestados.

Segundo Bailas (2016), os enfermeiros que realizaram formação sobre SIE como o SClinico® e sobre a CIPE® apresentam perceções diferentes dos tempos despendidos no uso dos SI, sendo que 33,5% dos enfermeiros do estudo, consideram que despendem 42,4% do tempo do seu trabalho global a usar o SClinico®, sendo sobreponíveis aos apresentados em alguns estudos internacionais e a outro estudo realizado em Portugal. Os SI poderão disputar algum desconforto na falta de tempo que os enfermeiros têm nos seus cuidados, uma vez que a carga de trabalho dos enfermeiros pode ser considerada elevada porque têm a seu cargo várias tarefas para além do uso dos SIE.

Como benefícios pelo uso dos SI relacionados com os dados, são apontados estes serem mais completos, atualizados, precisos, legíveis e serem um suporte para a tomada de decisão e um acesso mais fácil a bases de conhecimento (Oroviogicoechea, Elliott & Watson, 2008).

3. NORMA DE PROCEDIMENTOS

		NORMA DE PROCEDIMENTOS	
Elaborado em: 01/04/2021	Revisão em:		Proveniência:
Coordenação científica:			
Equipa operacional: Enfermeira Vera Letras; EESIP			
Destinatários: Equipa de Enfermagem da USF			
CONTEXTUALIZAÇÃO: O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) tem como linhas de atuação: a calendarização das consultas para as idades-chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança e as etapas do desenvolvimento físico, a socialização, a alimentação e a escolaridade; a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença; o incentivo ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação; o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção; o trabalho em equipa, com atuações multiprofissionais e interdisciplinares; e a articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos,			

dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças.

Os sistemas de informação possibilitam reunir, armazenar, processar e facultar informação pertinente, de forma a torná-la acessível e proveitosa para todos os intervenientes, sendo que assim, otimizar o fluxo de informação numa organização de saúde, será a solução estratégica para a melhoria da qualidade de cuidados prestados (Sousa, 2006).

Assim, os sistemas de informação em saúde, onde se incluem os indicadores de qualidade, têm como foco a uniformização dos registos em saúde, bem como a visibilidade dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021).

Os sistemas de informação são importantes para a obtenção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, havendo efetivamente um impacto positivo na qualidade dos cuidados, possibilitando a mensurabilidade da qualidade nas intervenções (Nascimento et al., 2021).

Para que os indicadores tenham expressão, é fundamental que sejam registados, que a informação da intervenção realizada pelo Enfermeiro seja corretamente registada, no que diz respeito ao local, mas também ao seu conteúdo. Estes registos devem ser o mais uniforme possível, de forma a permitir que em qualquer região e ou país, em qualquer contexto de cuidados, qualquer enfermeiro possa registar as mesmas intervenções da mesma forma, garantindo desta forma uma adequação e, principalmente, uma maior expressão no que diz respeito ao impacto. Se o processo de Enfermagem não for registado, não são produzidos indicadores de avaliação de qualidade, não traduzindo a visibilidade à sociedade da atuação da Enfermagem, como dificilmente transparece o processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Liang, Chang & Lin, 2019).

Para tal, surge a importância dos registos de Enfermagem no programa SCÍnico®, que deverão ser realizados de uma forma sistemática e uniformizada pela equipa, de forma a garantir o cumprimento das linhas de atuação do PNSIJ e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

OBJETIVOS:

- Uniformização dos registos de Enfermagem na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ) dos 0 aos 5 anos.
- Permitir a eficaz comunicação entre os profissionais de saúde e a consequente continuidade dos cuidados.
- Melhoria da qualidade de cuidados de Enfermagem à criança e família entre os 0 e 5 anos.
- Avaliar ganhos em saúde, de Enfermagem.

OPERACIONALIZAÇÃO:

São competências do enfermeiro de cuidados gerais, no Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, utilizar o Processo de Enfermagem (Competência B3.), analisando, interpretando e documentando os dados com exatidão. No domínio do desenvolvimento profissional, é sua competência contribuir para a valorização profissional, contribuindo para o desenvolvimento da prática de Enfermagem (competência C1.) (Regulamento n.º 190/2015).

Para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro deverá utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade de Enfermagem, participando em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade (Competência C2.) (Regulamento n.º 190/2015).

Para a sua operacionalização o enfermeiro deve realizar os registos de Enfermagem no aplicativo SClinico®, aquando das CVSIJ de acordo com o PNSIJ (DGS, 2013), uniformizando com as orientações esplanadas na norma.

REGISTOS

Ver quadros em anexo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS. Liang Y-W, Chang H-F, Lin Y-H. (2019). Effects of health-information-based diabetes shared care program participation on preventable hospitalizations in Taiwan. BMC Health Serv Res; 19(1):890. Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, 26, 505-510. Regulamento n.º 190/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República II série n.º 79 - II série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Sousa, P. A. (2006). <i>Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde</i>. 1ª ed. Coimbra: Formasau.		
Elaborado por: Vera Letras	Revisto por:	Aprovado por: Equipa Enfermagem USF

Avaliar em todas as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil dos 0 aos 5 anos

Consultas de Vigilância de Saúde Infantil dos 0 aos 5 anos			
Foco/ Fenómenos de Enfermagem	Atividades de Diagnóstico	Diagnósticos	Intervenções de diagnóstico
Adesão à vacinação	• <u>Avaliar a adesão à vacinação</u> (cumpre ou não cumpre) • <u>Avaliar o conhecimento da mãe e ou pai sobre a vacinação</u>	• Adesão vacinação (cumpre) • Sem adesão à vacinação (não cumpre) • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou pai	• Administrar vacina • Ensinar sobre resposta/reacção à vacina • Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vacinas • Vigiar reacção à vacina • Planear vacinação

		sobre a vacinação	
Desenvolvimento infantil	<u>Avaliar desenvolvimento da criança</u> <u>Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre desenvolvimento infantil</u> (demonstra ou não demonstra conhecimentos sobre desenvolvimento)	Desenvolvimento infantil comprometido	Referir para o médico
		Conhecimento da mãe ou pai sobre desenvolvimento infantil	Sem intervenções
		Potenciar o conhecimento da mãe e ou pai sobre o desenvolvimento infantil	- Ensinar a mãe e ou pai sobre o desenvolvimento infantil - Ensinar sobre desenvolvimento infantil No PNSI registrar: dados antropométricos; tensão arterial; acuidade visual; cuidados antecipatórios e parâmetros a avaliar; atividades promotoras do desenvolvimento e erros alimentares; Escala de Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada; Avaliação do Risco Familiar; SNIPI quando identificados critérios de elegibilidade.
Ligação Mãe-Filho (lactente, recém-nascido ou toddler)	<u>Avaliar Ligação</u> <u>Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a ligação mãe-filho</u>	- Sem ligação mãe-filho comprometida - Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a ligação mãe-filho	Sem intervenções
		Risco de ligação mãe-filho comprometida	- Assistir a mãe e (ou) pai no tomar conta; - Promover papel parental;

		Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a ligação mãe-filho	- Incentivar desempenho do papel parental; - Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre papel parental
Papel Parental	<u>Avaliar papel parental</u> (comprometido ou sem compromisso) <u>Avaliar conhecimento da mãe ou pai para tomar conta necessidades desenvolvimentais</u> <u>Avaliar capacidade da mãe e ou pai para tomar conta necessidades desenvolvimentais</u>	Sem compromisso do papel parental	Sem intervenções
		- Papel parental comprometido - Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou pai para tomar conta necessidades desenvolvimentais - Potencial para melhorar a capacidade da mãe e ou pai para tomar conta necessidades desenvolvimentais	- Ensinar a mãe e ou pai sobre papel parental - Promover papel parental - Negociar papel parental - Informar para o papel parental - Instruir a mãe e ou pai sobre o alimentar - Instruir a mãe e ou pai a trocar fralda - Instruir mãe e ou pai a tomar conta na higiene - Instruir a mãe e ou pai a assistir a criança no autocuidado do uso do sanitário - Instruir a mãe e ou pai sobre dispositivos de segurança

	Crianças com doença crónica e com necessidades especiais: • <u>Avaliar conhecimento da mãe e ou pai para tomar conta necessidades especiais</u> • <u>Avaliar capacidade da mãe e ou pai para tomar conta necessidades especiais</u>	• Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou pai tomar conta necessidades especiais • Potencial para melhorar a capacidade da mãe e ou pai tomar conta necessidades especiais	• Ensinar mãe e ou pai sobre necessidades especiais • Ensinar mãe e ou pai sobre inaloterapia • Ensinar mãe e ou pai avaliar a temperatura corporal • Ensinar mãe e ou pai para gerir convulsões • Ensinar mãe e ou pai para gerir dor • Ensinar mãe e ou pai para gerir medicação • Ensinar mãe e ou pai para vigiar dor • Ensinar mãe e ou pai sobre complicações • Ensinar mãe e ou pai sobre complicações da ostomia • Ensinar mãe e ou pai sobre cuidados à pele • Ensinar mãe e ou pai sobre equipamento adaptativo • Ensinar mãe e ou pai sobre gestão de sinais e sintomas especiais • Instruir mãe e ou pai sobre administração de medicamentos • Instruir mãe e ou pai a prevenir complicações das necessidades especiais • Instruir mãe e ou pai a tomar conta de necessidades especiais
--	--	--	---

Amamentar	• <u>Avaliar o amamentar</u> • <u>Avaliar o conhecimento sobre o amamentar</u>	• Sem amamentar comprometido	• Sem intervenções
		• Amamentar comprometido • Potencial para melhorar o conhecimento sobre o amamentar	• Ensinar sobre amamentação • Ensinar sobre vantagens da amamentação • Ensinar a mãe e ou pai sobre o choro; sinais de fome e saciedade; intervalo das mamadas • Assistir o mamar • Incentivar a amamentação • Incentivar ligação mãe filho • Instruir sobre a extração do leite • Identificar tipo de amamentação/aleitamento
Mamar	• <u>Vigiar reflexo de sucção</u> • <u>Vigiar reflexo de deglutição</u>		•
Vinculação	• <u>Avaliar a vinculação dos (0-3 meses); (4-6 meses); (...)</u> • <u>Avaliar o conhecimento da mãe para promover a vinculação</u>	• Vinculação comprometida • Sem vinculação comprometida	•
Precaução de segurança	• <u>Avaliar conhecimento da mãe ou pai sobre prevenção de acidentes</u> (demonstra ou não demonstra)	• Conhecimento da mãe e ou pai sobre prevenção de acidentes	• Sem intervenções

		Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou pai sobre prevenção de acidentes	- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de acidentes
--	--	---	--

Avaliar quando necessidade identificada pela criança, família ou profissional durante as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil dos 0 aos 5 anos

Consultas de Vigilância de Saúde Infantil dos 0 aos 5 anos			
Foco/Fenómenos de Enfermagem	Atividades de Diagnóstico	Diagnósticos	Intervenções de diagnóstico
Excesso de Peso	<u>Avaliar IMC</u> <u>Avaliar conhecimento da mãe e ou pai sobre excesso de peso</u>	- Excesso de peso - Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou pai sobre o excesso de peso	- Ensinar mãe e ou pai sobre alimentação - Ensinar mãe e ou pai sobre o processo patológico - Ensinar mãe e ou pai sobre complicações do processo patológico
Obesidade	<u>Avaliar IMC</u> <u>Avaliar conhecimento da mãe e ou pai sobre obesidade</u>	- Obesidade - Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou pai sobre obesidade	- Ensinar mãe e ou pai sobre alimentação; - Ensinar mãe e ou pai sobre o processo patológico - Ensinar mãe e ou pai sobre complicações do processo patológico
Enurese	<u>Avaliar conhecimento da mãe e ou pai sobre enurese</u>	- Enurese - Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou pai sobre a enurese	Ensinar mãe e ou pai sobre a diminuição de líquidos à noite
Cólica (avaliar no RN e até aos 2 meses)	<u>Avaliar cólica</u> (com cólica ou sem cólica) <u>Avaliar capacidade da mãe e ou pai para prevenção da cólica</u>	Sem Cólicas	Sem intervenções
		- Cólica - Potencial para melhorar a	Executar técnica de massagem abdominal

		capacidade da mãe e ou pai sobre a prevenção da cólica	• Aplicar medidas não farmacológicas do alívio da cólica • Instruir mãe e ou pai sobre técnica de massagem • instruir mãe e ou pai não sobre estratégias não farmacológicas do alívio da cólica
--	--	--	---

Notas:

Existem outros focos/fenómenos que se podem levantar relativamente à criança como exemplo de situações de doença aguda sendo exemplo: febre, obstipação, vómitos, diarreia, tossir, dispneia, expetorar, entre outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). 2009. RSE – Registo de Saúde Electrónico: Documento estado da arte (versão 2.0). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Azevedo, P. M. D. S., & Sousa, P. A. F. (2012). Partilha de informação de enfermagem: Dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 113-122.
- Bailas, C. M. (2016). *Impacto dos sistemas de informação informatizados na carga global do trabalho dos enfermeiros* (Doctoral dissertation).
- Cabral, T. D. J. V. (2015). *A qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste* (Doctoral dissertation).
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar enfermagem*, 7: 34 – 47.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses (ICN). 2002. Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem, CIPE/ICNP ® versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.
- Liang Y-W, Chang H-F, Lin Y-H. (2019). Effects of health-information-based diabetes shared care program participation on preventable hospitalizations in Taiwan. *BMC Health Serv Res*; 19(1):890.
- Malagutti, W., & Miranda, S. M. R. C. D. (2011). Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. *Enferm. foco (Brasília)*, 85-88.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Melo, P. (2020). Investigação em Enfermagem: «Que contributos para a Ciência e para a Sociedade?». Acedido em 4-04-2021, disponível em: <https://justnews.pt/artigos/investigacao-em-enfermagem-que-contributos-para-a-ciencia-e-para-a-sociedade#.YGoJ1ahKiHs>.
- Ministério da Saúde (2013). Despacho nº 2784/2013, Diário da República, 2º Série –

Nº 36 – 20 de fevereiro de 2013 . Acedido a 6-04-2021, disponível em:
<https://dre.pt/home/-/dre/66751628/details/maximized>.

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 505-510.

Ordem dos Enfermeiros (2007a). Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2007b). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Sist Informação Enferm [Internet]. Acedido a 28-03-2021, disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMD_E_Indicadores-VFOut2007.pdf.

Ordem Dos Enfermeiros (OE), & Conselho de Enfermagem. (2012). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE), & Internacional Council of Nurses (ICN). (2016). CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – maio de 2016. Lusodidacta. ISBN Nacional: 978-989-8444-35-6.

Oroviogoiocoechea, C., Elliott, B., & Watson, R. (2008). Evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 567-575.

Pires, A. M. (2012). Sistemas de gestão da qualidade: ambiente, segurança, responsabilidade social, industria, serviços, administração pública e educação. Edições Sílabas. 1ª Ed. Lisboa. ISBN: 978-972-618-663-2

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série, 133, 19192-19194. Acedido a 3 out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?!=1>.

Regulamento n.º 190/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República II série n.º 79 - II série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da república, 2.ª série, 26, 4744-4750. Acedido

a 3 out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

- Rodríguez, E. O. L., Guanilo, M. E. E., Fernandes, L. M., & Candundo, G. (2008). Informática em enfermagem: facilitador na comunicação e apoio para a prática. *Invest Educ Enferm*, 26(2), 144-149.
- Sá A. F. A., Dias J. C. M. C & Norelho O. M. G. (2020). Sistemas de Informação em Enfermagem: diversidade e interoperacionalidade *in Nursing*. Acedido a 7-04-2021, disponível em: <https://www.nursing.pt/sistemas-de-informacao-em-enfermagem-desafios-e-oportunidades/>.
- Santos, S. R. D., & Nóbrega, M. M. L. D. (2004). A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 460-468.
- Setz, V. G., & D'Innocenzo, M. (2009). Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paulista de enfermagem*, 22(3), 313-317.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Sousa, P. A. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. 1ª ed. Coimbra: Formasau.
- Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades... *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1-2.