

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

Relatório de Estágio

Cuidar para a promoção do desenvolvimento infantil:
Contributos do Enfermeiro Especialista em
Saúde Infantil e Pediatria

Patrícia Alexandra Carvalho Martins

Lisboa

2017



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

Cuidar para a promoção do desenvolvimento infantil:
Contributos do Enfermeiro Especialista em
Saúde Infantil e Pediatria


Patrícia Alexandra Carvalho Martins

Orientador: Professora Doutora Isabel Malheiro

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Começando por uma transformação interna, dentro de nós mesmos,
entramos nas relações de forma renovada,
fazendo emergir os recursos internos e as forças dos outros”*

Joshua Sparrow

AGRADECIMENTOS

A todas as crianças e suas famílias, pelas experiências proporcionadas que desencadeiam em mim inspiração para a excelência profissional.

Ao Gustavo pelo apoio, amor e companheirismo que demonstrou sempre, com especial ênfase durante este percurso.

Às Senhoras Professoras Odete Lemos e Sousa e Isabel Malheiro, pelo percurso de orientação, disponibilidade e motivação para a concretização desta etapa.

À minha família pela dedicação e encorajamento ao longo da vida.

Aos enfermeiros encontrados ao longo deste percurso que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

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
DESS	<i>Douleur Enfant San Salvador</i>
DGS	Direção-geral da Saúde
EDIN	<i>Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né</i>
EE	Enfermeiro Especialista
EEESCJ	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
ELI	Equipas Locais de Intervenção
EO	Enfermeira Orientadora
FBGP	Fundação Brazelton Gomes-Pedro
FLACC	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
NBAS	<i>Neonatal Behavioral Assessment Scale</i>
NBO	<i>Newborn Behavioral Observations</i>
N-PASS	<i>Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSIJ	Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil
SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na infância
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UIP	Unidade de Internamento Pediátrico
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

A criança é considerada uma pessoa em desenvolvimento, que se exprime através de comportamentos e respostas resultantes da interação com o ambiente, sob influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

A primeira infância é simultaneamente a fase mais crítica e vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança, pois é durante este período que 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, 2013), necessitando de apoio especializado, onde o enfermeiro tem um papel fulcral.

Assim, o problema que deu origem a este relatório de estágio são os stressores que afetam a parentalidade e o desenvolvimento infantil, assim como as suas implicações para o processo de cuidados, sendo o objeto de estudo as intervenções dos enfermeiros na promoção do desenvolvimento da criança. Com isto, perspetivou-se o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à criança e sua família, e a construção de um programa de intervenção no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.

Como metodologia recorreu-se à realização de estágio em vários contextos e à prática reflexiva, para análise da prática de cuidados sustentados na evidência científica.

Para a orientação deste percurso recorreu-se a quadros de referência próprios da profissão como o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e da área de especialidade, como os Cuidados Centrados na Família, além do Modelo *Touchpoints*.

Este relatório procura espelhar o desenvolvimento de competências especializadas na área da saúde da Criança e do Jovem, no qual as experiências de estágio implicaram a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem à criança e sua família, tendo em vista a maximização do seu potencial.

Palavras-chave: Lactente, Família, Desenvolvimento Infantil, Parentalidade, Enfermagem Pediátrica

ABSTRACT

A child is considered a being in development, expressed through behaviors and responses resulting from interaction with the environment, influenced by biological, psychological and social factors (Papalia et al., 2009).

Early childhood is simultaneously the most critical and vulnerable phase in any child development, since that it is during this period that the foundations of intellectual, emotional, and moral development are established, in which the family performs almost all the socialization functions and psycho-affective care (Brazelton, 2013), requiring specialized care, where the nurse has an important role.

Thus, the problem that rise to this internship report are the stressors that affect the parenting and child development, as well as their implications for the care process, being the study object the nurses' interventions in promoting the child development. With this, was preseasoned the development of specialized competences in the childcare and its family, and the construction of an intervention program in the child's development promotion scope.

As a methodology, it was resorted to an internship carried out in several contexts and to the reflective practice, to analyze the care practice based on scientific evidence.

For the course guidance reference frameworks particular to the profession were used, such as the Systems Model and from the specialty area, as the Family Centered Care, as well as the Touchpoints model.

This report seeks to express the development of specialized competencies in the Child and Youth health area, in which the internship experiences involved the conception, management, delivery and supervision of nursing care for the child and their family, leading to the creation of an intervention program, aiming the maximization of their potential.

Key Words: Infant, Family, Child Development, Parenting, Pediatric Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
1.1.O Desenvolvimento Infantil: influências e características	13
1.2.O cuidar da Criança e família em Enfermagem Pediátrica	15
1.3.Promoção do desenvolvimento infantil	17
1.3.1.O Modelo Touchpoints e a enfermagem pediátrica.....	19
2. METODOLOGIA.....	21
3. PERCURSO DE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS	23
3.1.Desenvolvimento de Competências EEESCJ no cuidado à criança e família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento	24
3.2.Construção de um programa de intervenção para promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade.....	40
3.2.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do Modelo Touchpoints ..	41
3.2.2. Conceptualização e construção do programa com base em evidências .	44
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PERCURSO PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICES	
Apêndice I – Diagnóstico de situação	
Apêndice II – Mapa conceptual	
Apêndice III – Cronograma de estágio	
Apêndice IV - Proposta de Norma de procedimento para a promoção do desenvolvimento infantil	
Apêndice V – Estudo de caso Clínico	
Apêndice VI – <i>Journal club</i>	

Apêndice VII - Proposta de alterações ao PNSIJ a enviar para a Direcção-Geral da Saúde

Apêndice VIII – Protocolo da *Scoping Review*

Apêndice IX – *Scoping Review*

Apêndice X - Programa Todos a Crescer

INTRODUÇÃO

As crianças representam o futuro e o seu desenvolvimento físico, sócio emocional e cognitivo devem ser uma prioridade para todas as sociedades (World Health Organization, WHO, 2013).

Para crescer e aprender adequadamente, as crianças necessitam de requisitos essenciais tais como: relações afetivas contínuas; de proteção física, de segurança e disciplina; de experiências adaptadas às diferenças individuais; de experiências adequadas ao desenvolvimento; de estabelecer limites, de organização e expectativas; de comunidades de apoio estáveis e de continuidade cultural; e de proteção do futuro (Brazelton & Greenspan, 2009).

A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores decisivos para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2005). Consequentemente, o desenvolvimento da criança é influenciado pela qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família (Brazelton & Greenspan, 2009).

Na Convenção sobre os Direitos da Criança (Unicef, 1990) é reconhecido o direito às crianças a um desenvolvimento equilibrado e adequado. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem especial importância nesta área, com as consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ), permitindo a avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das suas implicações na qualidade de vida da criança (DGS, 2013).

Neste sentido, insere-se a intervenção do enfermeiro, sendo um dos objetivos fundamentais do seu exercício de atividade profissional, a promoção da saúde (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro), constituindo o **desenvolvimento infantil** e o **papel parental** dois focos de atenção, e indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem.

Desempenhando funções em CSP há cerca de 9 anos, atualmente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), que utiliza o método do enfermeiro de família, fui desenvolvendo competências no cuidar da criança e sua família, sobretudo na avaliação do crescimento e desenvolvimento, na promoção da parentalidade, da amamentação e da vinculação, no âmbito da realização das CVSIJ. Porém, na

promoção do desenvolvimento infantil e na identificação de situações de risco, reconheci a necessidade de desenvolver competências considerando as áreas de atuação particular do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2015b). A constatação da necessidade de desenvolver novas estratégias de intervenção promotoras do desenvolvimento infantil e de identificação de situações de risco levou ao delineamento do projeto de aprendizagem e a sua definição como objeto de estudo deste relatório de estágio.

Sabendo que o período pós-natal é uma fase crítica na vida das mães e do lactente (WHO, 2013), período onde todo o potencial biológico é estabelecido sendo influenciado pela qualidade do ambiente, e que exige uma redefinição e assunção de novos papéis (tornar-se mãe, pai e família) (Hockenberry, 2014), optou-se por dar especial ênfase ao primeiro ano de vida durante este percurso.

Uma vez que o ambiente é influenciado por uma série de determinantes como a família, o contexto socioeconômico e a cultura, e, desigualdades nesses ambientes resultam em desigualdades nos resultados do desenvolvimento (WHO, 2013), identificou-se como o problema em estudo os stressores que afetam a parentalidade e o desenvolvimento infantil no processo de saúde e as suas implicações para o desenvolvimento adequado e para o processo de cuidados.

Face ao exposto, foi realizada uma breve análise do contexto profissional, com recurso aos sistemas de informação disponíveis e a bases de dados criadas, onde foram identificados diversos stressores a estes focos de atenção (como a etnia, a primiparidade, o tipo de parto, etc), (apêndice I). Diagnóstico que permitiu fundamentar a necessidade de desenvolver um programa de intervenção, com foco na promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade, através de cuidados antecipatórios e assim melhorar a qualidade dos cuidados.

Após a problemática identificada, e a realização do autodiagnóstico de competências do EE, foi desenvolvido um projeto de estágio, que delineou o percurso para esta Unidade Curricular. Foram desenhados 2 objetivos gerais: desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança e família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento; e construir um programa de intervenção, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil durante o 1º ano de vida, no meu contexto profissional.

Este insere-se numa área de atuação particular do EEESCJ, na avaliação e deteção precoce de alterações no desenvolvimento; na promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2011d, 2015b).

Para orientação do percurso, recorreu-se ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman, como conceção teórica de enfermagem e à filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), de forma a nortear a prestação de cuidados de enfermagem durante o planeamento, execução e avaliação deste percurso. A opção por este modelo conceptual, integrado no paradigma da integração, deveu-se ao facto da intervenção de enfermagem se focar na redução dos stressores que afetam o sistema criança-família (como é o processo do desenvolvimento infantil), de modo a reter e obter a estabilidade do sistema, alcançando um nível máximo de bem-estar, que é a meta da intervenção de enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

Recorreu-se também ao Modelo *Touchpoints*, de Brazelton, que é um modelo de intervenção sistémica, de suporte ao desenvolvimento infantil, que o perspectiva em torno de momentos-chave, enfatizando a prevenção através de cuidados antecipatórios e a construção de relações de parceria entre pais e profissionais (Brazelton & Sparrow, 2003), enquadrando-se similarmente no quadro de referência da enfermagem pediátrica, como os CCF e nos objetivos assistenciais do EEESCJ.

Para a concretização dos objetivos propostos, foi desenvolvido estágio em 5 contextos, que variaram, no que se refere aos objetivos formativos e limites temporais, tendo em conta as necessidades formativas identificadas e as orientações da OE para atribuição do título de EE.

Assim, a finalidade deste relatório é demonstrar o processo formativo centrado na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas á criança e sua família, através da análise reflexiva da prática de enfermagem, apresentando os resultados e os processos de pensamento subjacentes, para a obtenção do título de EEESCJ e grau de mestre. Nesta perspectiva, a metodologia utilizada baseou-se na análise fundamentada sobre a prática, baseada na evidência científica da disciplina de enfermagem e de outras, assente numa lógica de enfermagem avançada, prevendo a aquisição de uma maior competência para o desempenho centrado num raciocínio mais conceptual, nas relações interpessoais e maiores competências na tomada de decisão (Silva, 2007).

Recorreu-se à prática reflexiva, que em enfermagem assume importância ao nível da aprendizagem profissional, como uma habilidade indispensável no contexto clínico, assumindo-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos, tornando-se auto conscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

O presente relatório de estágio está estruturado em 6 capítulos. No capítulo 1 é apresentado o Enquadramento Conceptual que orientou este percurso, encontrando-se definidos os conceitos chave (cuidar, criança, lactente, família, parentalidade, desenvolvimento infantil, stressores, Modelo *Touchpoints*). De forma a operacionalizar os conceitos chaves deste enquadramento e as relações entre os mesmos, foi elaborado um mapa conceptual (apêndice II).

No capítulo 2 é apresentada a metodologia adotada. No capítulo 3 são descritos e analisados os objetivos e as atividades desenvolvidas; o capítulo 4 aborda as competências desenvolvidas, terminando no capítulo 5 com as considerações finais e projetos futuros.

Foi considerado a Norma APA (6ª edição), na organização estrutural do presente relatório, assim como na referência bibliográfica, utilizando para esta o gestor de bibliografia *Mendeley*.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1.O Desenvolvimento Infantil: influências e características

O desenvolvimento infantil é um processo que começa na concepção, envolvendo várias dimensões, como o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança (Irwin, Siddiki, & Clyde, 2007).

Descriminando, o desenvolvimento motor/físico diz respeito ao crescimento do corpo e do cérebro, às capacidades sensoriais e às competências motoras. Já o desenvolvimento cognitivo compreende as capacidades mentais tais como a aprendizagem, a memória, o pensamento, o raciocínio e a criatividade. O desenvolvimento psicossocial engloba a personalidade (o modo do indivíduo sentir, reagir e de se comportar) e o relacionamento com os outros (Papalia et al., 2009).

O estudo do desenvolvimento da criança tem como objetivos a descrição, a explicação, a predição e a modificação de comportamentos, o que originou várias teorias, categorizadas em 5 perspectivas: a psicanalítica (Freud e Erickson), a da aprendizagem (Pavlov e Bandura), a cognitiva (Piaget e Kohlberg), a etológica (Bowlby e Ainsworth) e a contextual (Bronfenbrenner) (Papalia et al., 2009).

Bronfenbrenner desenvolveu a teoria bioecológica, que descreve a variedade de processos interativos que afetam a criança em desenvolvimento, identificando 5 níveis interligados de influência ambiental ou contextos de desenvolvimento, do mais íntimo - Microssistema (como os papéis e relações pessoais dentro da família) ao mais vasto – cronossistema (o grau de estabilidade ou mudança no mundo da criança). Segundo o autor, deve-se estudar a criança no contexto de ambientes múltiplos nos quais ela se desenvolve (Bronfenbrenner, 2011).

Outros investigadores têm-se destacado nesta área, como Brazelton, ao desenvolver um modelo sistémico de suporte ao desenvolvimento infantil, baseando-se no comportamento da criança com o meio envolvente, no qual se enfatiza a promoção do desenvolvimento através de cuidados antecipatórios e da construção de relações de parceria entre pais e profissionais em determinadas idades-chave, a que designou *Touchpoints* (Brazelton, 2013).

Apesar dos aspetos comuns a todas as crianças, cada uma é única, pois o desenvolvimento infantil é sujeito a inúmeras influências tais como: hereditariedade -

herança genética inata que o ser humano recebe dos seus pais biológicos; ambiente externo - tais como a família, o nível socioeconómico, a etnia e a cultura; e a maturação - expressão de uma sequência de mudanças físicas e de padrões de comportamento, geneticamente determinada, geralmente relacionada com a idade, e que inclui a prontidão para o domínio de novas competências (Papalia et al., 2009).

Numa perspetiva mais universal, o desenvolvimento pode ser condicionado por influências normativas (ocorre de forma idêntica para a maioria das pessoas) e não normativas (acontecimentos típicos que ocorrem num momento de vida atípica, com impacto importante, podendo causar stress por serem inesperados) (Papalia et al., 2009). A mesma autora acrescenta ainda que, também no desenvolvimento, há períodos críticos, que são considerados períodos de tempo específicos no desenvolvimento durante o qual um dado acontecimento ou a sua ausência, tem maior impacto, por exemplo quando uma criança é sujeita à privação de certo tipo de experiências durante um período crítico, pode vir a repercutir-se no seu nível de desenvolvimento físico, sendo exemplos a subnutrição, o contacto com adultos, a estimulação, entre outros. No entanto para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, parece haver uma maior plasticidade, pois os acontecimentos posteriores conseguem muitas vezes reverter os anteriores.

Brazelton refere que o desenvolvimento – motor, cognitivo e emocional, parece seguir uma linha irregular com altos e baixos e fases estacionárias, desenvolvendo-se em múltiplas direções, mas nem todas em simultâneo (Brazelton, 2013). Segundo o autor, desenvolvimento da criança é influenciado pela vida emocional, pelo ambiente, e o desenvolvimento neurobiológico, com as diferenças fisiológicas individuais.

Afirma que as forças que impulsionam o desenvolvimento derivam do sistema de feedback interno, isto é, a própria consciência da criança sobre o sucesso em cada etapa, atuando como um sistema regulador para lidar com o empurrão constante do desenvolvimento; e dentro de um sistema de feedback externo, ou seja, a influência do ambiente, nomeadamente a estimulação do prestador de cuidados (Brazelton & Sparrow, 2003).

O *feedback* externo é influenciado pela competência parental, onde o enfermeiro tem um papel fundamental na sua promoção, ajudando a reduzir os padrões negativos, como o *stress* e a ansiedade dos pais, relativos ao

desenvolvimento dos seus filhos, tornando-os mais seguros, confiantes e competentes (Brazelton & Sparrow, 2003).

1.2. O cuidar da Criança e família em Enfermagem Pediátrica

O cuidar é definido como manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, que tem como finalidade, permitir à vida continuar a desenvolver-se (Collière, 2003).

As crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de uma proteção e de uma atenção especiais. Assim a enfermagem pediátrica está estreitamente relacionada com o cuidado à criança e sua família, pois a estrutura e dinâmicas familiares influenciam a criança de forma duradoura, afetando a sua saúde e bem-estar, sendo o maior objetivo para a enfermagem pediátrica a melhoria dos cuidados de saúde à criança e suas famílias (Hockenberry & Barrera, 2014).

A criança é definida como todo o ser humano com menos de dezanove anos, exceto se a legislação do país conferir a maioridade mais precocemente (WHO, 2013a), que em Portugal é definido como menor de 18 anos (Unicef, 1990), dependente dos cuidados da família, que lhe proporcionam a satisfação das suas necessidades no sentido de um crescimento e desenvolvimento saudável mas também, na aquisição de capacidades e conhecimentos que edifique a crescente independência até à plena autonomia (OE, 2015b).

Dando especial ênfase ao primeiro ano de vida, importa definir o conceito de lactente, que é uma criança com menos de um ano de idade (WHO, 2013a).

Já a família “é o que cada pessoa considera que é” (Hockenberry, 2014, p. 49), sendo um termo complexo de definir, devido aos diferentes tipos de relacionamentos possíveis (laços biológicos ou duradouros), cabendo ao enfermeiro perceber junto da criança e pais, quem consideram como família.

O papel parental constitui um foco dos cuidados de enfermagem, e é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como papel de membro da família, sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente. Já a parentalidade significa tomar conta; assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai; os comportamentos

destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido (RN) na unidade familiar e a otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (OE, 2011).

Para Cruz (2013), a parentalidade é um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais junto dos seus filhos, no sentido de promover o seu desenvolvimento, utilizando os recursos de que dispõe dentro da família, e fora dela, na comunidade.

Cabe aos pais, ou adulto responsável pela parentalidade, a responsabilidade comum de educar a criança, e de lhe assegurar um nível de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social, constituindo este um direito da criança (Fonseca & Perdigão, 1999).

Durante o primeiro ano de vida, as principais funções parentais, consistem em tomar conta do filho, na satisfação das suas necessidades básicas, e facilitar o desenvolvimento global, em função do seu bem-estar (Cruz, 2013). Assim, a promoção do papel parental é o processo de informar os pais, para aumentar os seus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, melhorar as suas competências na promoção do desenvolvimento da criança, melhorar a sua capacidade de cuidar da criança e lidar com comportamentos potencialmente desafiadores durante cada fase de crescimento e desenvolvimento (Ciasulli et al., 2015).

Um dos pilares da prática de enfermagem em pediatria é a filosofia dos **Cuidados Centrados na Família** (CCF), em que se reconhece a família como uma constante na vida da criança e sua experiência em cuidar dos filhos, apoiando-as nos seus papéis de prestação natural de cuidados e tomadas de posição, com base nos seus pontos fortes (Hockenberry, 2014). Uma filosofia de cuidados que tem como pressupostos fundamentais face à família: a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação, a colaboração, o empoderamento e a capacitação (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2011). Assim, os cuidados de enfermagem exigem o estabelecimento de uma comunicação efetiva, considerando intervenções nos seguintes domínios de atuação: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação de cuidados (OE, 2015b).

Nesta perspetiva, e de acordo com os Guias Orientadores de Boa Prática, o EEESCJ deve prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, identificando e

mobilizando recursos de suporte à família (OE, 2011a) contribuindo assim para a maximização do potencial desenvolvimento da criança.

1.3. Promoção do desenvolvimento infantil

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconiza a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, permitindo a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades (DGS, 2013). De acordo com o mesmo, a CVSIJ é um momento privilegiado para a avaliação do desenvolvimento da criança e identificar precocemente alterações e/ou situações de risco, permitindo ao EEESCJ uma intervenção atempada com a família de estratégias preventivas e/ou promotoras do desenvolvimento infantil, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (OE, 2010a).

Nesta perspetiva, o EEESCJ deve utilizar um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre esse binómio como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2015b), tendo-se optado pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman, uma vez que permite a realização do cuidado de forma integral e sistematizada, em que se centra nas respostas das pessoas aos stressores, procurando minimizar essas variáveis que afetam as reações do sistema (Neuman & Fawcett, 2011), como é o processo de desenvolvimento infantil. Este modelo permite assegurar as necessidades holísticas das crianças e suas famílias no que respeita à saúde, crescimento e desenvolvimento (WHO, 2013).

Neste modelo, a criança é considerada um sistema aberto no contexto da família, como um cliente holístico e dinâmico, composto por várias variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Já o ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, onde os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são descritos como forças ambientais que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman define enfermagem como uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos stressores (Neuman & Fawcett, 2011). A intervenção é vista como ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema criando vínculos com o cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Os cuidados de enfermagem consistem em intervenções de prevenção primária dirigidos a obter o bem-estar da criança e família, intervenções de prevenção secundária destinadas a apoiar a criança e a família para atingir o bem-estar, e intervenções preventivas terciárias destinadas a promover a manutenção do bem-estar contínuo da criança e família (Neuman & Fawcett, 2011). Para a autora, a saúde é um contínuo de bem-estar ou mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança.

Face ao exposto, o enfermeiro deve identificar os comportamentos e estímulos (diagnóstico) que possam gerar *stress* na criança: fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais e com base nesse diagnóstico da situação, propor estratégias de intervenção (metas) que reforcem a linha flexível de defesa da criança e avaliar os resultados dessas mesmas intervenções (resultados/feedback).

A promoção da saúde, baseada no modelo de sistemas de Neuman, é a componente primária da intervenção-como-prevenção, sendo a intervenção de enfermagem focada na forma de evitar e minimizar o impacto dos stressores na criança (Neuman & Fawcett, 2011). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1986) define promoção da saúde como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Uma importante estratégia, é a orientação antecipatória, que envolve as famílias (empoderamento) com o conhecimento sobre as etapas de desenvolvimento esperados dos seus filhos e medidas de promoção de saúde que podem adotar para melhorar os resultados em saúde (Neuman & Fawcett, 2011).

Os cuidados antecipatórios são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas do utente, tentando prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências (Ministério da Saúde, 2006). No PNSIJ são considerados como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao seu melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança, e ao exercício da parentalidade (DGS, 2013).

Na prática de cuidados, o EEESCJ, deve focalizar a sua intervenção na interdependência criança/família e ambiente, considerando os stressores e os fatores protetores (variáveis biopsicossociais, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos stressores) associados às suas vivências (DGS, 2011; OE, 2015b). Assim, o enfermeiro deve avaliar o risco familiar, que diz respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (DGS, 2011).

Considerando o referido, na procura da excelência no exercício profissional, o EEESCJ deve ajudar a criança a alcançar o máximo potencial da sua saúde, sendo um dos elementos importantes o fornecimento de informação orientadora de cuidados antecipatórios dirigidos às famílias (OE, 2011d), que durante este percurso serão considerados com base no Modelo *Touchpoints*.

1.3.1. O Modelo *Touchpoints* e a enfermagem pediátrica

Touchpoints ou Pontos de Referência são períodos que ocorrem durante os três primeiros anos de vida em que os esforços de desenvolvimento da criança resultam numa rutura pronunciada da vida familiar (Brazelton & Greenspan, 2009).

Foi um modelo concebido para a intervenção nos CSP, orientado para a prevenção, com uma abordagem multidisciplinar, centrando-se no interesse comum pela criança, partilhado por pais e profissionais, construído sobre os pressupostos de exigência e dificuldade de educar uma criança, baseada nas forças das famílias (Brazelton & Greenspan, 2009).

É um modelo de apoio ao desenvolvimento infantil e ao desenvolvimento da parentalidade, perspectivado em torno de momentos chave e de suporte à relação parental, sustentado no pressuposto de que o potencial desenvolvimento da criança é influenciado pela relação que se estabelece entre os pais e a criança.

Baseia-se em 2 paradigmas: o paradigma do desenvolvimento que descreve o desenvolvimento da criança como um processo que não é contínuo, caracterizando-se por movimentos regressivos, surtos evolutivos e pausas. Surtos evolutivos constituem períodos de desorganização previsíveis e inerentes à etapa em que se encontra e que frequentemente vão provocar regressões em outras

competências do desenvolvimento já adquiridas, por exemplo, durante a aprendizagem da marcha, a criança está focada na aquisição desta competência podendo dar origem a perturbações no ritmo de sono da criança (que já tinha estabilizado). As regressões se não forem entendidas como positivas para o desenvolvimento da criança podem provocar momentos de desorganização aos pais (Brazelton Touchpoints Center, 2016).

No paradigma relacional, em que os profissionais são um suporte à relação parental que vai ser construída ao longo do tempo, é enfatizada a relação entre as famílias e a criança. Os autores destacam neste modelo a importância da relação de aliança e de parceria que os profissionais estabelecem com os pais (Brazelton & Sparrow, 2003).

Este modelo insere-se assim, no conceito de intervenção precoce na infância, isto é, um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva (Decreto-Lei n.º 281/2009), na medida em que os Touchpoints são uma espécie de mapa do desenvolvimento infantil que pode ser identificado e antecipado pelos pais e profissionais, permitindo o conhecimento de cuidados para lidar com os mesmos, reduzindo os padrões negativos que poderiam resultar numa rutura pronunciada da vida familiar (Brazelton, 2009). Aqui, o *stress* para além de desorganizador é visto como uma oportunidade de aprendizagem (Sparrow, 2007). Este conhecimento prévio permite ao enfermeiro ajudar os pais (cuidados antecipatórios) a diminuir o stresse, a tornarem-se mais seguros e confiantes promovendo o desenvolvimento do seu filho, e consequentemente, melhorar as relações entre profissionais e famílias.

Assim, para Stadtler, Brandt, Novak e Beauchesne, (2013), Brazelton acredita que o papel do enfermeiro na vigilância da saúde infantil nos CSP é essencial para melhorar o cuidado das crianças e famílias, com consequente melhoria no sistema de saúde, considerando os CCF como a melhor abordagem para a realização de cuidados de saúde com qualidade para as crianças.

2. METODOLOGIA

A elaboração do Projeto de Estágio foi marcada por uma importante revisão da literatura direcionada para a problemática. De forma a concretizar o projeto, dando resposta ao autodiagnóstico de competências comuns e específicas do EEESCJ, à orientação da OE para a atribuição do título de EE e à problemática identificada, foi planeado e desenvolvido um estágio de aprendizagem distribuído em 5 contextos.

Os estágios clínicos são momentos de observação e intervenção, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005), que decorre num contexto e tempo definidos. A seleção destes e respetiva distribuição temporal (apêndice III) foram considerados de forma a desenvolver competências enquanto EEESCJ, nomeadamente na promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade, perspetivando a aquisição do nível perito nesta área, de acordo com a categorização de Benner (2005).

Os contextos abrangidos neste percurso devem-se ao facto de se articularem com o local onde trabalho ou serem unidades de referência na área da pediatria, pertencentes a Hospitais Centrais na área da Grande Lisboa.

A opção pelo Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) deve-se ao facto de este articular diretamente com a Instituição onde exerço funções, reconhecendo ser pertinente identificar stressores nas crianças e famílias (neste contexto) que possam ser minimizados ou evitados através de cuidados antecipatórios no contexto comunitário, mas também com a necessidade de desenvolver competências especializadas no cuidado à criança e família com necessidade de cuidados urgentes/emergentes.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) foi selecionada pela necessidade de desenvolver competências especializadas no cuidado ao RN doente ou prematuro e sua família, e pelo fato deste serviço ser uma referência nesta região, com projetos no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil, que vão ao encontro do programa de intervenção que pretendo desenvolver.

A Unidade de Internamento Pediátrico (UIP): foi selecionada pelo facto de admitir crianças com vulnerabilidades fisiológicas, psicológicas e sociais, decorrentes de patologias congénitas, crónicas e raras, permitindo o

desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à criança e família em situações de especial complexidade.

O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) pelo facto de ser um centro com uma abordagem multiprofissional e de referência nacional no âmbito do desenvolvimento infantil, para dar resposta à necessidade de desenvolver competências especializadas na promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade aos 3 níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e compreender a articulação entre os CSP, diferenciados e outras instituições, crucial, para o planeamento do programa de intervenção.

A Unidade de Saúde Familiar: local onde exerço funções e pretendo implementar o programa de intervenção, mobilizando toda a equipa multidisciplinar para o seu planeamento, implementação e avaliação.

De forma a analisar os objetivos propostos para cada contexto de estágio, face aos resultados obtidos, recorreu-se à metodologia descritiva, reflexiva e analítica, com recurso à evidência científica e às experiências da prática de cuidados, sendo elaborada uma análise crítica após cada contexto de estágio, e discutida com a docente orientadora, num processo de supervisão clínica. Este é um processo formal de acompanhamento da prática, que de acordo com o Modelo de Desenvolvimento Profissional, visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica (OE, 2010b).

O modelo de supervisão adotado pela OE assenta numa perspetiva construtivista-reflexiva de matriz ecológica, pelo que neste percurso se atendeu à abordagem clinico-reflexiva de matriz ecológica proposta por Alarcão e Rua (2005) e o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem (Benner, 2005), para definição dos objetivos e atividades tendo em vista o desenvolvimento de competências de EEEESCJ, analisadas no capítulo seguinte.

3. PERCURSO DE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS

De modo a atingir a finalidade do projeto de estágio, face à problemática referida e explicitada, e ao quadro conceptual apresentado, foram definidos dois objetivos gerais:

1. Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança e família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento;
2. Construir um programa de intervenção, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade.

Para a sua operacionalização, em cada contexto, foram desenhados objetivos específicos, atividades e indicadores de avaliação, analisados após o término dos contextos de estágio, sob a forma de documento escrito de análise reflexiva.

Na abordagem proposta por Alarcão e Rua (2005), é apresentada uma estratégia de aprendizagem designada de ação e reflexão, onde são descritas a demonstração (acompanhada de explicação informativa), execução (acompanhada de auto e heteroavaliação), análise de casos, narrativas escritas (como ato reflexivo) e perguntas pedagógicas (confronto com outras maneiras de ver e de agir), pelo que todas estas estratégias de aprendizagem foram consideradas na redação do projeto, concretizadas durante o estágio, num progressivo grau de complexidade.

Assim, segue-se a descrição e análise das atividades desenvolvidas, organizadas de acordo com os objetivos gerais definidos, adaptados e transformados em subcapítulos, perspetivando o desenvolvimento de competências de EEESCJ e a concretização do projeto de estágio, que já é considerado uma estratégia de reflexão, pois este focou-se na aquisição de competências, que é considerado útil aquando o início do estágio, para identificarem áreas de aprendizagem, autodesenvolvimento ou autorreflexão (Peixoto & Peixoto, 2016).

3.1. Desenvolvimento de Competências EEESCJ no cuidado à criança e família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento

O EEESCJ deve trabalhar em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2011d, 2015b), sendo os focos do desenvolvimento infantil e da parentalidade transversais a todos os contextos. Perante a necessidade de desenvolver competências na área da promoção do desenvolvimento infantil, posso referir que todos os contextos foram valiosos nesta aquisição, dando especial ênfase às intervenções dos enfermeiros na promoção do desenvolvimento infantil.

Considerando o autodiagnóstico de competências de EE, verificou-se a necessidade de desenvolver competências especializadas à criança e sua família em situações de especial complexidade, como são as situações no cuidado à criança e sua família em situações de especial complexidade, com necessidade de cuidados urgentes e emergentes, e ao RN prematuro ou doente.

Assim, para o **contexto de SUP**, foi estabelecido como objetivo específico **colaborar no cuidado à criança e família com necessidade de cuidados urgentes e emergentes**.

Para a sua concretização, foram planeadas e desenvolvidas atividades como observação da Enfermeira Orientadora (EO) na avaliação e atuação em situações de instabilidade das funções vitais da criança e família; participação na apreciação da criança e família, com necessidades de cuidados urgentes e emergentes; e reflexão com a EO, sobre essas situações de cuidados urgentes e emergentes, que permita o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão.

A hospitalização é um momento de grande *stress* na família, o que pode conduzir muitas vezes a regressões no desenvolvimento da criança (Brazelton, 2013). A criança em situação de necessidade de cuidados urgentes/emergentes é geradora de *stress* para si própria, assim como para a família, onde o EEESCJ, tem um papel fulcral na minimização do impacto negativo dos stressores neste sistema aberto.

O primeiro encontro com a criança e família dá-se na triagem, sendo um momento privilegiado para minimizar os efeitos da hospitalização nestes, através de

um contato acolhedor, transmitindo-lhes confiança (Fernandes, 2012). No contexto presente, está em curso a *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* desde abril de 2016. Trata-se de um sistema de triagem exclusivamente pediátrico, que inclui 3 passos: impressão clínica de gravidade, avaliação da queixa/motivo e a avaliação dos sinais vitais (CHLC, 2016).

Verificou-se na intervenção da EO uma preocupação com o acolhimento, explicando o encaminhamento mais adequado à situação, fornecendo igualmente cuidados imediatos e informação sobre sinais e sintomas de agravamento (cuidados antecipatórios). Houve a preocupação de adaptar a comunicação à criança e sua família, permitindo o alcance de uma relação terapêutica e de confiança, que muitas vezes foi verbalizada no momento da alta clínica pelas famílias.

Como estratégias mobilizadas pelos EE na abordagem aos pais como parceiros nos cuidados, destaca-se a comunicação com a criança, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, sendo sempre elucidados todos os procedimentos a efetuar, solicitando a sua colaboração.

Tive oportunidade de estar presente em todas as valências deste SUP, como a sala de triagem, a sala de trabalho e a Unidade de Internamento de Curta Duração. Gradualmente, desenvolvi estratégias de comunicação com a criança e família, como o brincar com a criança, orientação antecipatória às famílias para minimizarem os stressores presentes no momento da admissão neste contexto, possibilitando assim a criação de um ambiente terapêutico, permitindo a exteriorização dos seus receios e preocupações.

Este contexto permitiu-me também mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória em cada triagem em que colaborei, refletindo posteriormente com a EO, de forma a desenvolver o julgamento clínico e tomada de decisão.

Constatarei igualmente, que muitos enfermeiros recorrem a um clima de afetividade, à promoção da segurança e de atividades lúdicas, de forma a permitir que as crianças e família ultrapassem a ansiedade e o medo do desconhecido, o que por si só são estratégias de promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010a). No entanto, estas práticas não são reconhecidas pelos enfermeiros como promotoras do desenvolvimento infantil, pois é um serviço que privilegia mais a competência técnica do que a relacional, sendo os contactos com as crianças e

famílias muito breves, o que foi confirmado com recurso a algumas entrevistas exploratórias no seio da equipa de enfermagem, identificando aqui a importância de sensibilizar os enfermeiros para o reconhecimento destas práticas como promotoras do desenvolvimento.

O brincar, além de essencial para a promoção bem-estar social, emocional, cognitivo e físico (Milteer & Ginsburg, 2012), é uma forma de comunicação para com as crianças, além de ser também uma técnica não farmacológica utilizada nos Cuidados Não Traumáticos (CNT), permitindo assim o estabelecimento de relações de empatia e de confiança entre a criança, família e o enfermeiro, facilitando a sua adesão ao regime terapêutico, diminuindo os seus receios e ansiedades perante os serviços de saúde e a hospitalização. Os CNT consistem no fornecimento de cuidados terapêuticos, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico ou físico experimentado pela criança e sua família (Hockenberry & Barrera, 2014).

Similarmente, o **estágio na UCIN** permitiu desenvolver competências especializadas no cuidado à criança e sua família com necessidades de cuidados urgentes e emergentes, na medida em se trata de um contexto onde o risco de vida é iminente, devido à imaturidade do RN (nomeadamente respiratória), o que implica a existência de equipamento específico e de profissionais altamente qualificados. Esta realidade que, por um lado, é determinante para a sobrevivência dos bebés que ali se encontram internados, também constitui um obstáculo ao desenvolvimento da vinculação entre pais e bebé, sendo um ambiente altamente complexo (aparato tecnológico), com a falta de privacidade envolvente leva a que por vezes os pais se demitam da sua função parental, relegando para os profissionais a função de cuidadores e principais responsáveis pelo bebé.

Para dar resposta a esta problemática, tornou-se fulcral **prestar cuidados ao RN doente ou prematuro e sua família, com necessidade de cuidados intensivos neonatais.**

Foram planeadas e implementadas atividades perspetivando o equilíbrio do sistema, promovendo, nomeadamente, a esperança, a parentalidade, a vinculação e o desenvolvimento infantil (aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento do RN durante o período neonatal; consulta de protocolos, normas e projetos em curso no serviço; observação e participação na prestação de

cuidados ao RN e família, com necessidade de cuidados Intensivos neonatais e reflexão com a EO sobre situações de intervenção no RN e família).

Sabe-se que a patologia e a prematuridade são 2 stressores intrapessoais que afetam o desenvolvimento da criança e o processo de parentalidade, sendo crucial a intervenção do EEESCJ para minimizar o seu impacto. O nascimento de um bebé prematuro é um choque para os pais, onde todas as expectativas e planos realizados para o momento do nascimento são interrompidos, obrigando o RN e os pais a novas adaptações (Brazelton, 2013). Também o bebé prematuro apresenta especificidades que dificultam a interação com o mundo que o rodeia. A imaturidade dos seus sistemas, refletem a sua forte vulnerabilidade face a tudo o que o envolve, sujeitando-o a uma sobre estimulação de sons, luzes e manipulações, comprometendo a sua disponibilidade para comunicar com o meio, assim como, o seu próprio desenvolvimento extrauterino (Brazelton, 2013).

Para o mesmo autor, os pais necessitam de apoio para fazer o luto do filho imaginado e se concentrarem nas capacidades e potencialidades desenvolvimentais do seu filho “real”. Nesta perspetiva torna-se essencial a promoção da esperança aos pais, conhecendo as suas potencialidades e limitações, bem como a criação de um ambiente terapêutico (OE, 2011a).

O nascimento de um bebé prematuro, pode provocar nos pais 3 tipos de reações diferentes: a não-aceitação (desvalorização do problema); projeção (atribuição de culpa a outros) e alheamento (evicção) (Brazelton & Cramer, 2004). Um profissional competente deve encarar estas reações, como fazendo parte das tentativas dos pais para lidar com a situação e para se relacionarem com um bebé que não corresponde ao bebé idealizado (Brazelton, 2013).

Assim, o estado emocional dos pais é fundamental para o estabelecimento da interação, para o desenvolvimento da vinculação e para as atitudes educativas em geral. Na perspetiva evolutiva do desenvolvimento, a vinculação pode constituir um mecanismo para assegurar que os pais invistam todas as energias e os recursos necessários para permitir que o RN indefeso sobreviva e se desenvolva (Papalia et al., 2009). O objetivo atual em pediatria é o de apoiar a construção de um sentido de coerência em cada família, a partir de uma vinculação forte, que se deve ajudar a organizar desde cedo, sobretudo na fase em que os pais se confrontam com o seu novo bebé (Gomes-Pedro, 2005).

Assim, promover a vinculação deve constituir uma prioridade, uma vez que influência o desenvolvimento da família, o desenvolvimento emocional da criança, o seu comportamento social, bem como o seu futuro desempenho (Askin & Wilson, 2014). Ao intervir precocemente, os profissionais apoiam a construção do sentido de família, processo complexo onde cada um possui um papel único e interdependente (Brazelton, 1994).

Nesta perspetiva, a intervenção precoce do EEESCJ, é fundamental para minimizar o efeito dos stressores presentes e alcançar o equilíbrio do bem-estar, devendo-se focar na prevenção primária, dotando os pais de competências parentais, através de orientação antecipatória, tendo em vista a sua autonomia enquanto prestadores de cuidados, para o momento de alta clínica.

O apoio na transição para a parentalidade requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva, ou seja, aumentando a 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).

Após consulta das normas do serviço, observação participante dos cuidados de enfermagem e entrevista exploratória com a EO, constatou-se que a equipa adota como referencial teórico para a prática de cuidados o Modelo de Cuidados para o Desenvolvimento. Este modelo foi desenvolvido por Als na década de 1980, com o objetivo de reduzir o impacto negativo das UCIN, quer pela separação física da mãe quer pelo ambiente altamente tecnológico envolvente das unidades (Als, 2013). Baseia-se no comportamento do RN para individualização dos cuidados, com vista ao seu melhor desenvolvimento. Estudos demonstraram que as intervenções com base neste modelo promoveram melhoria a curto prazo nos resultados fisiológicos, comportamentais, neurológicos e clínicos dos recém-nascidos, observando-se uma diminuição da reatividade à dor durante os procedimentos. Os pais envolvidos neste modelo, apresentam uma maior competência para cuidar do RN. Também os profissionais, treinados em Cuidados para o Desenvolvimento, demonstraram um melhor desempenho na assistência ao RN, demonstrando maior sensibilidade aos estímulos ambientais, físicos e sociais (Gaspardo, Martinez, & Linhares, 2010).

De acordo com Coughlin *et al* (2009), citado por Vasconcellos (2012), existem 5 medidas fundamentais em áreas de cuidados transversais e independentes da patologia de cada criança: proteção do sono (promoção de hábitos de sono, agrupamento de cuidados); avaliação e gestão da dor/*stress*; apoio às atividades de vida diária (posicionamento, alimentação oral, integridade cutânea); CCF; e o ambiente saudável.

Deste modo, foi criado neste serviço o Manual: “A parentalidade baseada na progressão do desenvolvimento da criança prematura”, com as diversas idades gestacionais corrigidas, as competências esperadas e com orientação antecipatória, que é oferecido aos pais em cada idade-chave, permitindo-lhes compreender melhor as competências dos seus filhos e como poderão maximizar o seu desenvolvimento.

Sabendo que o internamento na UCIN compromete a vinculação entre o RN e os pais, a equipa de enfermagem tem desenvolvido intervenções para promover a interação precoce entre pais e bebés, desde o acolhimento ao serviço, a explicação do comportamento do RN, a estimulação dos pais para a prestação de cuidados, a promoção da amamentação, do conforto através do toque, do colo, da contenção do posicionamento e da higiene. Recorrem igualmente ao método Canguru, método humanista simples e económico que consiste no contato pele a pele, entre o progenitor e o RN, com diversos benefícios conhecidos: estimulação do contacto precoce dos pais com o RN; promoção do vínculo afetivo; regulação térmica da criança; diminuição da taxa de infeções hospitalares e do tempo de internamento; estimulação do aleitamento materno; promoção da confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho (Gaspardo *et al.*, 2010), observando que se trata de uma das intervenções mais prazerosas para os pais.

Neste contexto, é relevante uma avaliação rigorosa da parentalidade, que implica identificar o conhecimento, validar capacidades parentais, de forma a conceptualizar, selecionar e implementar processos de cuidados construídos em parceria com os pais, com o objetivo de os ajudar a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se confrontam (OE, 2015a). Na primeira etapa da parentalidade sobressaem assim as questões de ligação pais-bebés e todos os fatores que podem influenciar essa ligação (OE, 2015a). Esta avaliação e promoção da parentalidade foi considerada em todos os contextos, com especial ênfase na UCIN e na unidade de internamento de pediatria.

Salienta-se igualmente a filosofia dos CCF, inerentes a estes contextos para promover a ligação pais e filhos, onde o primeiro contacto com as famílias dá-se no momento em que é feito o acolhimento à unidade, em que a equipa de enfermagem promove a partilha de informação, a colaboração e participação da família no processo de cuidados, podendo estar 24 horas junto dos seus filhos, de acordo com as suas possibilidades e desejo. Na sua ausência poderão contactar telefonicamente o serviço sempre que o desejarem. Isto permite cumprir os direitos nº 2, 3, 4, 5, 6 da Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2009).

O **contexto de UIP** tem como atividade assistencial a prestação de cuidados hospitalares a criança e suas famílias, com patologias gastrointestinal ou respiratória, transitórias ou definitivas, com necessidade ou não de suporte médico nutricional ou ventilatório. Este serviço foi inicialmente concebido para ex-prematuros oriundos da UCIN, em fase de cuidados intermédios e de transição para o domicílio, e para lactentes em programas de reabilitação nutricional (recorrendo a alimentação parentérica prolongada) ou com necessidade de suporte ventilatório não invasivo. Os internamentos oriundos do SUP são limitados às crianças que estejam em programa domiciliário de nutrição ou ventilação assistida, que apresentem alguma intercorrência e necessitem de hospitalização.

As situações clínicas presentes neste contexto são assim consideradas complexas, de condições crónicas e/ou raras, diagnosticadas maioritariamente no 1º ano de vida. O impacto da hospitalização afeta a família a vários níveis, como o pessoal, emocional, financeiro, social e nas relações familiares, estando os elementos envolvidos mais suscetíveis a depressões. Assim, torna-se fundamental a intervenção do EEESCJ, na deteção precoce das necessidades da família, isto é, identificando e apreciando cada caso, prestando intervenções de apoio e educativas, de forma a diminuir os efeitos disruptivos da doença crónica ou rara na criança e nos membros da família (McElfresh & Merck, 2014).

Nesta perspetiva, tornou-se essencial delinear como objetivo para este contexto, **promover o bem-estar em crianças e famílias em situações de especial complexidade, no contexto de internamento.**

Sendo o papel parental um dos focos de atenção dos cuidados de enfermagem, especificamente da enfermagem pediátrica, torna-se crucial a intervenção do enfermeiro na adaptação à parentalidade durante a hospitalização,

que por si só, constitui um stressor, muitas vezes agravado pela condição clínica, que afeta as famílias presentes neste serviço, o que condiciona o processo da parentalidade e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança.

Após o nascimento de uma criança prematura ou portadora de uma patologia (associada ou não a malformação, com ou sem alteração da imagem corporal), o impacto do bebê real contrastando com o bebê idealizado é ainda maior, o que pode conduzir a uma quebra de amor-próprio dos pais, encarando o defeito da criança como se fosse revelador de defeitos ocultos neles próprios, em que os defeitos do filho refletem as suas deficiências (Brazelton & Cramer, 2004). Nestas circunstâncias, o enfermeiro encontra-se numa posição estratégica para promover a adaptação dos pais à doença, negociar o papel parental, validar a informação e assisti-los no sofrimento, traduzindo-se em contributos essenciais para todo o processo de adaptação ao exercício parental durante a hospitalização (OE, 2015a).

Durante o estágio observei que os pais muitas vezes se focalizam nas limitações não reconhecendo as potencialidades do filho, contudo se estes forem ajudados a adquirir uma postura proactiva perante a situação de doença, estaremos a ajudá-los a derrubar as próprias barreiras internas, que se erguem muitas vezes perante as limitações. Neste sentido, o reforço positivo das competências e qualidades da criança com malformação deverá ser uma constante, permitindo a promoção da vinculação entre ambos (OE, 2010a).

A informação, o bem-estar, o conforto, a adaptação à parentalidade, a avaliação da capacidade parental, a aceitação ou não do estado de saúde, num contexto de focos interligados com os processos corporais como os tegumentos, alimentação, ou as precauções de segurança, deverão ser transversais a toda a intervenção de enfermagem neste contexto (OE, 2011b).

Estas famílias, que têm uma criança com necessidades especiais, são frequentemente deixadas com um sentimento de isolamento e desamparadas (Brazelton & Sparrow, 2003). Durante este contexto foram observadas diversas estratégias de *coping* adotadas pelas famílias, tais como o evitamento, o alheamento, a agressividade, a avaliação passiva, a procura de informação, ou outros (Jorge, 2004). Nesta perspetiva o EEESCJ tem um papel primordial no sentido de ajudar a família a mobilizar as estratégias de *coping* que lhe permitam

lidar com a situação de forma positiva, no sentido de promover o crescimento familiar e evitar o risco de disfuncionamento (Jorge, 2004).

A utilização do modelo *Touchpoints* tornou-se uma mais-valia, na medida que defende que se deve abordar a família com uma observação inicial da criança ou do seu comportamento, analisando o temperamento, o desenvolvimento e compartilhando estes comportamentos com os pais (Brazelton & Sparrow, 2003). Os comportamentos significativos a serem compartilhados, são aqueles que oferecem evidência de uma satisfação própria da criança, numa nova realização, permitindo enfatizar os pontos fortes da criança e as principais contribuições dos pais para o seu desenvolvimento (Brazelton & Sparrow, 2003).

A utilização deste modelo pressupõe uma abordagem colaborativa com os pais, tornando-se disponíveis para um relacionamento de trabalho com os profissionais, pois quando se coloca o foco nos seus pontos fortes, eles tornam-se mais propensos a compartilhar as suas vulnerabilidades (Brazelton, 2013). Cada contato constitui uma oportunidade para o enfermeiro estimular o relacionamento entre os pais e o profissional, tornando-os mais confiantes nas suas capacidades, reconhecendo os seus pontos fortes, respeitando e valorizando as suas vulnerabilidades. A confiança dos pais é facilmente obtida quando os profissionais demonstram a sua compreensão e sensibilidade quanto às necessidades previsíveis para o desenvolvimento de seu filho (Brazelton & Greenspan, 2009).

Similarmente, de forma a minimizar o impacto da doença crónica e/ou rara na família, o enfermeiro deve recorrer a intervenções que permitam facilitar o processo de normalização, de inclusão e de prestação de cuidados domiciliários (McElfresh & Merck, 2014).

O enfermeiro, na assistência à criança e família, desde a admissão que envolve a preparação do regresso a casa, deve ter por base um conjunto de focos de atenção, com uma abrangência que permita dar resposta à situação clínica da criança e às diferentes fases do desenvolvimento desta (OE, 2011a), ou seja, além de aprender sobre a doença e os seus efeitos nas capacidades da criança, a família precisa de estratégias para minimizar o impacto negativo da sua condição e para promover o potencial máximo de desenvolvimento da sua criança.

Durante o primeiro ano, são descritas 4 tarefas de desenvolvimento esperado: desenvolver um sentido de confiança, criar vínculo com os pais, aprender através de

experiências sensoriais e iniciar o desenvolvimento do sentido de separação dos pais (McElfresh & Merck, 2014). Para além do referido, deve-se proporcionar experiências agradáveis à criança através de todos os sentidos e incentivar as capacidades de desenvolvimento adequadas à idade (McElfresh & Merck, 2014).

Contudo, neste serviço observei que, apesar dos cuidados para o desenvolvimento, este não é avaliado nem promovido de forma estruturada. Face a esta necessidade, e após reflexão com a EO, desenvolvi uma **proposta de norma de procedimento para a promoção do desenvolvimento infantil** (apêndice IV), durante o primeiro ano de vida, dado que a maioria dos utentes internados nesta unidade se enquadra nesta faixa etária. Esta tem como objetivos promover o desenvolvimento da criança em contexto de internamento, promover a vinculação entre a díade/tríade, identificar precocemente alterações no desenvolvimento e promover a relação entre famílias e profissionais.

Esta enquadra-se num dos objetivos fundamentais do exercício da atividade profissional dos enfermeiros (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro, 2015), que é a promoção da saúde e na esfera de ação do EEESCJ que lhe cabe assistir a criança com a família na maximização da sua saúde (OE, 2011d), tendo como focos de intervenção particular a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança (com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil); a gestão do bem-estar da criança e a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (OE, 2015b).

Num estudo realizado a lactentes num serviço de internamento, verificou-se que quanto maior for o tempo de internamento, menor é o seu desempenho. Os bebés que necessitaram de hospitalização por mais de 30 dias, devido a investigação de diagnóstico ou stressores associados à morbilidade, tiveram um risco sete vezes maior de apresentar suspeita de atraso de desenvolvimento, demonstrando uma correlação negativa, de moderada a forte, entre o tempo de internamento e o nível do desenvolvimento (Panceri, Pereira, Valentini, & Sikilero, 2012). O impacto da hospitalização no lactente pode depender do tempo de internamento, da gravidade da doença, da sintomatologia, das intervenções médicas, dos estímulos adequados da família e das características da própria criança. No entanto, este tem a possibilidade de ser minimizado quando a criança se

encontra num ambiente rico em estímulos adequados (Panceri et al., 2012), o que justifica a pertinência desta norma.

A hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, ação indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil (Loureiro, Guerreiro, & Andrade, 2012), e que segundo Barros (2003) pode constituir uma oportunidade de desenvolvimento.

Em situação de internamento hospitalar a monitorização do desenvolvimento infantil através de um instrumento de avaliação poderá ser de difícil aplicação prática, sobretudo tendo em conta que se procura a melhor performance da criança. Porém, peritos confirmam que caso seja esta a única oportunidade de o fazer, deverá ser feito com algumas salvaguardas (OE, 2010a), considerando os stressores que influenciam o desenvolvimento, pois durante os primeiros meses de vida, a condição de vulnerabilidade da criança com deficiência ou em risco de desenvolvimento atípico, tem uma capacidade de resposta mais reduzida e interações mais difíceis e menos satisfatórias com os pais, podendo potenciar um aumento dos níveis de *stress* parentais e implicar um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema.

Para facilitar a aplicação da norma e monitorização do desenvolvimento infantil, foram criados alguns recursos, como a **Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12 meses**, em forma de base de secretária, e criada uma mala com o material necessário para a sua aplicação. A seleção desta escala para a avaliação do desenvolvimento, deveu-se ao facto de ser a recomendada, simples, aplicação rápida e integrar atualmente os programas informáticos utilizados nos CSP (DGS, 2013), possibilitando detetar alterações e atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, facilitando o encaminhamento ou o planeamento de intervenções adequadas a essas alterações (Sheridan, 2008).

A promoção da saúde e o desenvolvimento de todas as crianças é imperativo, sendo que a intervenção precoce na família pressupõe ações preventivas de apoio à parentalidade, de modo que os pais possam sentir confiança e satisfação no seu papel (Hockenberry & Wilson, 2014). Como estratégia de promoção do desenvolvimento foram elaborados instrumentos escritos, em forma de folhetos, por etapas de desenvolvimento, com atividades promotoras do desenvolvimento,

baseando-se no brincar, uma vez que este promove o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança (Bellman, Lingam, & Aukett, 2012). A estratégia selecionada vai ao encontro de um estudo realizado num hospital português, em contexto de internamento pediátrico, que verificou que o ensino individual e o suporte informacional são recursos importantes na assistência de enfermagem à criança e família, influenciando o comportamento de saúde (Loureiro et al., 2012).

A norma elaborada foi apresentada à equipa de enfermagem, em diversos momentos, de passagem de turno, não sendo identificada, pela equipa, a necessidade de uma formação sobre a temática, visto terem tido recentemente. Foi também consultado o sistema de informação disponível no contexto, que permite a documentação dos cuidados sugeridos na norma.

A promoção do bem-estar neste contexto de estágio foi para mim um desafio, dados os contextos familiares e sociais, assim como os diversos stressores presentes nas situações das famílias, no entanto recorri à brincadeira de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, considerando as suas preferências, a diálogos, à visualização de filmes, como estratégias promotoras do bem-estar e de esperança.

A avaliação e promoção do desenvolvimento da criança também constituem intervenções contributivas da normalização. A normalização tem conduzido a processos de alta precoce do hospital para a comunidade, estando muitas vezes estas crianças dependentes de cuidados domiciliários (Hockenberry & Wilson, 2014). Nesta perspetiva, este contexto têm em curso diversos projetos, que se enquadram nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015b), que tive conhecimento pela consulta de normas no serviço, assim como de entrevistas exploratórias com a EO.

Destes, destaca-se o projeto “Do hospital para casa: o Enfermeiro de Referência na transição dos cuidados para casa”, que tem como objetivo promover a autonomia às crianças com doença crónica e suas famílias, dependentes de apoio tecnológico para as funções de respiração e/ou alimentação, com atribuição do Enfermeiro de Referência no acompanhamento do processo de transição para o domicílio. Este projeto é iniciado no momento da admissão no serviço e consiste em

associar cada criança e sua família a um enfermeiro, que é responsável pela coordenação e acompanhamento de todos os cuidados desde a admissão, durante todo o internamento, até à alta, gerindo o processo de cuidar e promovendo a continuidade de cuidados, facilitando o processo de preparação para a alta, no qual tive oportunidade de participar através da prestação de cuidados.

Destaca-se também o projeto UMAD II (Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio), um projeto coordenado pelo Hospital em parceria com Fundação do Gil, a funcionar desde 2009. Este tem como objetivos promover a continuidade de cuidados no domicílio à criança e sua família com doença crónica, diminuir as deslocações das crianças ao hospital e reinternamentos e promover a articulação com os recursos da comunidade. É um projeto de referência nacional, de sucesso e reconhecimento internacional, que assegura a monitorização clínica e o acompanhamento social da criança e sua família (Fundação do Gil, 2014). É iniciado com uma visita de pré-alta ainda no internamento, sendo agendada uma visita domiciliária logo após a alta, com as visitas seguintes organizadas de acordo com a necessidade da família.

Visto que exerço funções em CSP e, de forma a compreender a articulação entre os níveis de cuidados, achei oportuno integrar uma visita neste projeto, propondo-o como atividade à EO. Aqui, foi possível visualizar a concretização dos objetivos propostos, e a importância que as famílias lhe atribuem. Permitiu também constatar as dificuldades que as famílias se deparam no seu contexto natural, desde as condições habitacionais, às dificuldades socioeconómicas, fisiológicas e psicológicas (como a depressão), o que para as colmatar implica uma abordagem multidisciplinar entre os diferentes níveis de cuidados, hospitalares e comunitários.

Para melhor compreensão desta abordagem, foi essencial o estágio no **contexto do CDC**, que presta serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de doenças neurológicas, agudas e crónicas, e perturbações do desenvolvimento psicomotor, proporcionando uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência. Tem como objetivos prestar apoio médico e psicossocial às famílias e promover a ligação à comunidade, privilegiando a ligação com os CSP e a cooperação institucional (HGO, 2016).

Neste contexto foi planeada e desenvolvida uma visita a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), abrangida por este hospital, que se tem destacado

na articulação entre as diferentes instituições de saúde e de educação, e na prestação de cuidados de excelência à comunidade. Esta atividade tinha como finalidade compreender a articulação entre o CDC e a comunidade, e observar a intervenção do enfermeiro nas Equipas Locais de Intervenção (ELI), no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na infância (SNIPI).

Através da entrevista exploratória com a EEESCJ da UCC, pela participação numa reunião da ELI, e posteriormente numa reunião entre a ELI e o CDC, deparei que, nas ELI, o enfermeiro da UCC age como gestor de caso, o que vai ao encontro do sugerido no Guia Orientador de Boas Práticas, em que o EEESCJ, que exerce a sua atividade na UCC, tem vantagens na intervenção como gestores de caso, advogando a favor das famílias, mobilizando e gerindo os recursos da comunidade, de modo a assegurar que estas recebem os cuidados dos diversos serviços de saúde, necessários à criança com doença crónica, no domicílio (OE, 2011b). Constitui também um elo de ligação/articulação entre as unidades funcionais e instituições educativas. Já na articulação entre as ELI e o CDC, permite a partilha e discussão de casos mais complexos (nos quais as intervenções desenvolvidas não estão a ter os resultados esperados), delineando novas estratégias de intervenções, no âmbito de uma equipa pluridisciplinar, para potenciar os resultados.

Neste contexto de estágio foi delineado como objetivo específico **promover o desenvolvimento infantil, aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), durante o 1º ano de vida.** Através da observação, prestação de cuidados e entrevistas exploratórias com a EO, constatei que a área de atuação do EEESCJ, no âmbito desta equipa multidisciplinar, insere-se essencialmente na promoção da saúde da criança e família. Numa intervenção centrada na família, assume um papel preponderante no âmbito da identificação, planeamento e avaliação deste sistema aberto, na elaboração e execução do plano de cuidados, de forma a promover o nível máximo de adaptação à sua situação, intervindo no sentido de minorar ou eliminar os stressores que afetam o desenvolvimento da criança.

Os cuidados de enfermagem prestados no CDC, caracterizam-se por intervenções autónomas e interdependentes, seguintes ou não da consulta médica. São designadas 3 áreas de intervenção de Enfermagem: Consulta de Neonatologia de *Follow-up*, Núcleo de Espinha Bífida e Consulta de Paralisia Cerebral; estando cada enfermeira do CDC responsável por uma dessas áreas, agindo como gestor de

caso das famílias que acompanha, sendo o elemento de ligação dentro da equipa multidisciplinar e na articulação com a comunidade, agindo como pólo centralizado de todos os elementos dentro da equipa, assegurando a concretização dos objetivos. Este método de trabalho é descrito como uma organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade, pois contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados, constituindo um elemento importante na procura permanente da excelência no exercício profissional do EEESCJ (OE, 2015b).

Durante o período de estágio foi possível observar e prestar cuidados, com supervisão, nas diferentes consultas de enfermagem, verificando em todas, uma apreciação global da criança e família, utilizando uma abordagem sistémica e contextual, assentes num paradigma relacional. O EE, em qualquer dessas consultas, focaliza a sua intervenção na interdependência criança/família e ambiente, considerando os stressores e os fatores protetores presentes, articulando com a restante equipa multiprofissional quando o problema está além da sua esfera de ação (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro).

Similarmente, incentiva os pais a fomentarem as relações sociais, das quais muitas vezes se privam devido à condição de saúde do filho. Colaboram na integração/inclusão da criança com deficiência, na promoção de experiências normalizadas, a fim de proporcionar aprendizagens e o desenvolvimento das competências sociais desta, com vista a minimizar as barreiras do isolamento social (OE, 2010a). Intervir precocemente com programas que visem o suporte familiar e o seu empoderamento, permitirá fortalecer o funcionamento, promover o crescimento e desenvolvimento dos membros da família como um todo (OE, 2010a).

Uma Revisão Integrativa da Literatura, realizada por Falbo, Andrade, Furtado, e Mello, (2012), revela que existem diversos fatores aos quais as crianças estão expostas, que interfere no desenvolvimento infantil, devendo o enfermeiro estar atento: ao ambiente onde estão inseridos (ou uma situação de doença, sofrimento ou hospitalização), ampliando o olhar sobre a criança para além das questões fisiológicas, oferecendo um cuidado integral e humanizado, tendo em vista a criança no seu contexto social, cultural e familiar. Também o brincar é considerado essencial ao desenvolvimento, cabendo ao enfermeiro estimular a sua utilização nos diversos contextos da vida da criança.

Como instrumento para avaliação do desenvolvimento, a equipa de enfermagem recorre à escala Mary Sheridan modificada, como preconizado no PNSIJ, permitindo a deteção de desvios dos parâmetros normais do desenvolvimento e encaminhamento para outros profissionais de acordo com a necessidade identificada (DGS, 2013). Como estratégia de promoção de desenvolvimento infantil recorrem à orientação antecipatória, indo a sua intervenção ao encontro do preconizado pela *American Academy of Pediatrics* (2012), referindo que a vigilância abrangente do desenvolvimento infantil deve incluir esclarecimento de dúvidas e preocupações dos pais, fazer observações precisas e informadas da criança, identificar a presença de stressores e de fatores de proteção, avaliar o desenvolvimento periodicamente usando testes de triagem e documentar o processo e os resultados.

Como indicador de avaliação deste contexto, por se tratar de um contexto especializado na promoção do desenvolvimento infantil, foi realizado um estudo de caso clínico (apêndice V). A opção por este indicador deve-se ao facto de se tratar de um método de pesquisa básica do desenvolvimento (Papalia et al., 2009), que permitiu a estruturação da intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil.

Neste contexto destaco também a oportunidade de assistir à aplicação de diversos instrumentos de avaliação do desenvolvimento, por diversos técnicos, que além da Escala de Desenvolvimento da Mary Sheridan Modificada (enfermagem), são aplicadas a: *The Schedule of Growing Skills* (pediatria do desenvolvimento); Escala de Desenvolvimento de *Griffiths* (psicologia); e a *Alberta Infant Motor Scale* (terapia ocupacional). Após a aplicação dos diversos instrumentos, são encontradas áreas de intervenção, e desenvolvidas estratégias com os pais, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança com alterações no desenvolvimento já identificadas ou que estejam em risco de apresentar. Estas experiências foram relevantes para o desenvolvimento de competências promotoras do desenvolvimento aos três níveis de prevenção, destacando o conhecimento da metodologia Pretchl no âmbito da promoção do desenvolvimento psicomotor.

Como atividade, foi-me solicitada a participação na atividade semanal designada *Journal Club*, que permite a divulgação e discussão de evidência científica no seio da equipa multidisciplinar do CDC (apêndice VI). A seleção do artigo

apresentado prendeu-se, fundamentalmente, com as minhas necessidades formativas para este contexto e a realização de uma *scoping review*, que se coadunou também com os objetivos e atividades do CDC.

Este contexto de estágio permitiu-me a aquisição de conhecimentos, essenciais para o meu desenvolvimento profissional e determinante para o desenvolvimento do programa que pretendo implementar, que se enquadra no conceito de intervenção precoce na infância, que visa a promoção do desenvolvimento infantil com enfoque na diminuição dos stressores na família e na maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

Finalizando, posso afirmar que os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, possibilitaram atingir o objetivo proposto: desenvolver competências na área da promoção do desenvolvimento infantil.

3.2. Construção de um programa de intervenção para promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade

Atendendo à problemática anteriormente exposta, nomeadamente aos stressores presentes ao processo de desenvolvimento infantil e da parentalidade, no contexto profissional, e à qualidade das CVSIJ, tendo em conta as orientações para a prática nesta área e o tempo disponível para as mesmas (apêndice I), tornou-se essencial, repensar as práticas de cuidados e desenvolver novas estratégias no cuidado à criança e sua família, procurando a prestação de cuidados eficientes e eficazes, com vista à maximização do potencial do sistema familiar, e consequentemente, do desenvolvimento da criança.

Face ao referido, o percurso de aprendizagens significativas realizadas e a procura permanente da excelência do exercício profissional, considerou-se pertinente a construção de um programa de intervenção promotor do desenvolvimento infantil e da parentalidade durante o primeiro ano de vida. Este assenta no âmbito da melhoria contínua da qualidade, que é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, considerando os recursos disponíveis, para alcançar a adesão e satisfação do cidadão, prevendo a adequação dos cuidados às necessidades do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

A construção do programa assenta numa abordagem multiprofissional, a desenvolver em CSP, pois os profissionais deste nível de cuidados estão numa posição favorável para a promoção do desenvolvimento infantil, sendo muitas vezes os únicos profissionais que cuidam das crianças e suas famílias. O facto de estarem inseridos na Comunidade, tornam-se elementos de confiança das famílias, o que facilita a identificação e intervenção face aos riscos biológicos e psicossociais que possam afetar o desenvolvimento da criança (WHO, 2012).

A elaboração deste Programa exigiu diversas atividades para a sua concretização, desde a identificação da problemática no contexto profissional (diagnóstico da situação); formação no âmbito do Modelo *Touchpoints* (Curso Intensivo); elaboração de uma *scoping review* (no prelo); envolvimento e empoderamento da equipa multidisciplinar; definição e elaboração do programa; estabelecimento de parceira com a Fundação Brazelton-Gomes Pedro (FBGP) assim como a realização de estágio em diversos contextos e uma revisão da literatura. Face ao exposto, e para mais fácil compreensão do programa desenvolvido, primeiro será feita uma análise crítica e reflexiva acerca do modelo teórico que o sustentou “*Touchpoints*” de Brazelton, e seguidamente uma revisão da evidência que fundamenta a construção do programa.

3.2.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do Modelo *Touchpoints*

O primeiro contato com este modelo de intervenção sistémica deu-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no primeiro semestre. Desde logo, houve uma identificação entre os princípios e pressupostos deste modelo com o meu saber ser, saber estar e saber fazer no contexto profissional. O conhecimento mais aprofundado deste modelo conceptual permitiu um conhecimento mais estruturado e ancorado na prática baseada na evidência.

Assim, perspetivou-se o desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem promotor do desenvolvimento da criança, sustentado neste modelo para futura implementação no contexto profissional. Nesse sentido, foi dado a conhecer essa vontade à equipa multidisciplinar, que demonstrou interesse na sua concretização. De forma a perceber a viabilidade do projeto, procurou-se a FBGP,

que manifestou interesse em colaborar e, decorrente destas incursões ao terreno, foi estabelecida uma parceria, pelo que foram agendadas diversas reuniões para o planeamento e sua concretização/operacionalização.

Para tal, tornou-se crucial frequentar um curso de formação neste modelo, participando assim, no curso Intensivo em *Touchpoints*, promovido pela FBGP, com 40 horas de duração. Além das competências científicas e técnicas adquiridas, ancoradas no paradigma desenvolvimental defendido neste modelo, a mais-valia revelou-se no desenvolvimento de competências relacionais, pelos princípios orientadores e pressupostos parentais que defende.

A perspetiva positivista e colaborativa que este modelo defende, torna-se determinante para o desenvolvimento de relações de aliança, partilha, de confiança e empatia, entre as famílias e os profissionais de enfermagem, desenvolver o máximo potencial do sistema criança-família, e consequentemente, atingir o equilíbrio de bem-estar desse sistema, isto é o sucesso familiar. Na perspetiva do enfermeiro permite também a satisfação e o desenvolvimento profissional, sentindo-se um profissional mais competente, opinião corroborada nos resultados do estudo realizado por Soares, Pereira, e Barbieri-Figueiredo, (2015) com enfermeiros que utilizam este modelo na sua prática com as famílias, os resultados revelam que estes consideram ter contribuído para o seu processo de aprendizagem e satisfação, assim como para a satisfação dos pais.

Para o desenvolvimento e satisfação profissional, salienta-se a prática reflexiva, que é um dos pilares deste modelo, conduzindo ao “repensar” das práticas de cuidados. Assente numa mudança paradigmática, os seus princípios orientadores exigem uma postura de relação para com as famílias, reconhecendo as suas forças, vulnerabilidades, valores e preocupações. O princípio orientador “reconheça o que traz para a interação”, é um exemplo claro de como este modelo nos exige a repensar na nossa prática, de como as nossas atitudes, valores e crenças podem ser facilitadores ou barreiras no contato com as famílias.

No contexto desta formação, foi-nos apresentado uma das mais-valias deste modelo conceptual, que assenta no princípio “use o comportamento da criança como linguagem”, que é a *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS), que da sua aplicação clínica, deu origem à *Newborn Behavioral Observations* (NBO) (Gomes-Pedro, 2005). Esta é considerada um instrumento de favorecimento relacional, tanto

entre pais e bebês, como entre pais e profissionais, funcionando como um alicerce das partilhas continuadas e progressivas ao longo do ciclo de vida (Gomes-Pedro, 2003). Permite conhecer todo o repertório neuro-comportamental do bebê, assim como a sua individualidade e identidade, o seu estilo temperamental e as suas competências adaptativas (Gomes-Pedro, 2005). Sendo o foco deste instrumento a construção da vinculação segura entre a díade/tríade (Nugent, 2013, 2015).

A influência do modelo *Touchpoints* na enfermagem pediátrica é notória, verificando-se a mobilização dos seus princípios orientadores e pressupostos parentais nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da OE (OE, 2010a, 2015a).

No atual PNSIJ, também é evidente a influência do modelo *Touchpoints*, embora de forma implícita. Em reunião com FBGP e a docente orientadora, surgiu a possibilidade de analisar o atual PNSIJ à luz do modelo e realizar uma proposta para um futuro PNSIJ, integrando-o de forma explícita (apêndice VII).

Nessa sequência, e considerando a mais-valia da NBO como intervenção para potenciar o sucesso familiar, foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear o conhecimento existente sobre a utilização da NBO, de forma a considerar a sua inclusão na proposta do programa, para implementar nas CVSIJ.

Esta foi elaborada seguindo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) *Reviewers' Manual* de 2015 (JBI, 2015). Para melhor compreensão dos resultados obtidos, foi realizado um protocolo de *scoping review* onde foram descritos os objetivos, critérios de inclusão e a estratégia utilizada na extração e descrição dos dados (apêndice VIII).

Os resultados da *Scoping Review* (apêndice IX) demonstraram que a NBO é um instrumento flexível, podendo ser aplicado em diversos contextos como o hospitalar ou comunitário (Centros de saúde, domicílio, maternidades, etc), e por diversos profissionais, como enfermeiros, médicos, profissionais da equipa de intervenção precoce, entre outros.

A sua aplicação pode ser orientada por diferentes objetivos e metodologias, e conseqüentemente, diferentes resultados, decorrentes do aumento da interação entre os pais-filhos. Na opinião dos pais a intervenção com a NBO promove um aumento da confiança parental, da satisfação e do conhecimento das competências da criança e a sua compreensão sobre o desenvolvimento infantil, reduzindo a

depressão pós-parto e a ansiedade materna. Na perspectiva dos profissionais de saúde, a intervenção com a NBO permite melhorar a sua relação com as famílias, a sua autoconfiança, e os seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil.

A falta de tempo para a sua utilização foi referida como a principal barreira para a sua utilização na intervenção, contudo é considerada uma intervenção viável para as políticas de saúde, sendo que já é integrada em 3 países como o Reino Unido, a Noruega e a Austrália, baseando-se essencialmente na promoção da vinculação segura e na promoção da saúde mental dos pais e das crianças (Hawthorne, 2015; Nicolson, 2015; Slinning & Vannebo, 2015).

Face ao apresentado, será proposta a integração deste instrumento no programa, a aplicar na 1ª consulta de CVSIJ, uma vez que não está contemplado nenhum instrumento para avaliação do desenvolvimento, apenas a avaliação dos reflexos primitivos, que são itens considerados na NBO.

Considerando o seu impacto na saúde mental da criança e sua família, a integração deste instrumento na 1ª CVSIJ pode trazer grandes benefícios não só para a família, como também para os profissionais de saúde, intervenção sustentada pelas conclusões de uma *Selective Review*, que considerou o Modelo *Touchpoints* como uma das abordagens universais e preventivas na área da saúde mental Infantil (Zeanah, Stafford, & Zeanah, 2005).

Os conhecimentos adquiridos no âmbito da formação neste modelo, assim como os resultados obtidos na *scoping review* efetuada foram essenciais para a definição do programa que se propõe (apêndice X). Este é designado “Todos a crescer”, pois é considerado um programa onde as famílias e os profissionais de saúde são convidados a crescer e a desenvolverem-se.

3.2.2. Conceptualização e construção do programa com base em evidências

O desenvolvimento do programa “Todos a crescer”, foi feito com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil, assente na Prática Baseada na Evidência, pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem (OE, 2006), e envolveu o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência sobre os cuidados individualizados dos utentes (Rycroft-Malone et al., 2004). Acrescentam ainda que o

conhecimento é fundamental para o raciocínio clínico e tomada de decisão, portanto, fundamental para a prática profissional, sendo considerado como uma consciência adquirida pela experiência.

Nesta perspetiva para a construção do programa foram considerados os quatro tipos de evidências na prestação de cuidados, nomeadamente a investigação, experiência clínica (requer competências de raciocínio clínico), experiência do utente e informações do contexto local (Rycroft-Malone et al., 2004).

No que concerne à **investigação**, a construção deste programa foi sustentada nos resultados de estudos científicos e *guidelines* internacionais. O programa assenta numa abordagem multiprofissional, em contexto de CSP, abrange o primeiro ano de vida, que constitui a adaptação de uma nova fase da vida (estádio II - família com bebés segundo os estádios de desenvolvimento familiar de Duval) (Hockenberry, 2014). De acordo com a revisão sistemática da literatura realizada por Shaw (2006), os programas de capacitação parental têm maior sucesso quando é utilizada uma abordagem multiprofissional, e se focam em transições desenvolvimentais específicas e faixas etárias curtas, que implicam um contato frequente entre profissionais e família; envolvendo a ecologia social e familiar, da criança e família.

Britto *et al.* (2017) nos resultados da revisão da literatura efetuada, acrescentam ainda que o sucesso e a sustentabilidade das intervenções, para melhorar os resultados do desenvolvimento infantil, precisam que: promovam cuidados e proteção; considerem os diversos stressores; seja aplicado em idades-chaves durante o curso da vida; sejam de alta qualidade e construídas sob programas de cuidados existentes para aumentar a viabilidade de expansão e sustentabilidade. Assim, a estrutura do programa e os conteúdos a abordar assentam nas orientações da DGS, como o Plano Nacional de Saúde, o PNSIJ, o Programa Nacional de Vacinação (PNV), o Programa Nacional das Crianças e Jovens em Risco, o SNIPI e o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, tendo como finalidade contribuir para a maximização do potencial de desenvolvimento de cada criança e da sua família.

Foram definidos como objetivos do programa, avaliar o crescimento e desenvolvimento dos lactentes; detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida do lactente; promover a

interação criança-pais; promover a parceria entre pais e profissionais; promover comportamentos promotores de saúde (como a amamentação, alimentação, sono, higiene oral, vacinação, brincar, etc); promover a saúde mental na criança e sua família; promover a prevenção de acidentes e intoxicações; e promover a prevenção dos maus tratos.

De acordo com Camilo e Garrido (2013) os programas de capacitação parental deverão recorrer a um quadro teórico de referência específico, metodologias e estratégias bem definidas, baseadas na evidência empírica. Assim, o Modelo *Touchpoints*, integrado nos CSP é reconhecido pela OMS como uma abordagem eficiente e efetiva para a promoção do desenvolvimento infantil (WHO, 2012). Também Soares et al., (2015) nos resultados do seu estudo realizado nos Açores, refere que os enfermeiros que cuidam de famílias devem implementar metodologias inovadoras que facilitem a adaptação à parentalidade e sugere a utilização do Modelo *Touchpoints*, como promotor da resiliência na criança e de cada família como fator inspirador da intervenção (Gomes-Pedro, 2005).

No que toca à **experiência clínica**, e os seus contributos para a construção do programa, destaca-se a experiência adquirida durante todo o percurso profissional, a formação e a realização de estágio nos diversos contextos, no que se refere a intervenções de enfermagem que promovem o desenvolvimento infantil, contributos valiosos para a definição do projeto, para a sustentação do programa e para a definição da metodologia a utilizar.

Destaco o contexto SUP, experiência que permitiu reconhecer, os motivos mais frequentes de deslocação ao SUP no primeiro ano de vida. Identificou-se que estes se devem a stressores intrapessoais (alterações na variável fisiológica: vômitos, febre, tosse, rinorreia) e stressores interpessoais (inexperiência/défice de competências parentais). Motivos que estão consonantes com a literatura, que refere a inexperiência dos cuidadores como a principal causa da desadequada utilização do SUP, dado que 70% das idas do RN ao SUP, foram consideradas clinicamente injustificadas e a maioria das mães eram primíparas. (Albuquerque, Santos, Batalha, Lito, & Cunha, 2015).

Este estudo conclui que deve ser fortalecida a relação das famílias com os CSP e enfatizada formação em perinatologia, permitindo informar e esclarecer os pais sobre as particularidades do RN, evitando assim deslocações desnecessárias

ao SUP, pois também as readmissões compõem um número significativo de inscrições nos SUP, onde mais de metade correspondem a crianças menores de 3 anos (Soares, Timóteo, & Zarcos, 2010). Acrescentam ainda que a criação de material informativo sobre sinais, sintomas e doenças mais comuns, como os folhetos, são estratégias importantes para diminuir os recursos frequentes aos serviços de saúde.

Estes dados apoiam a importância do programa que se propõe, assim, como as estratégias apontadas (orientação antecipatória e a criação de material informativo), perspetivando a criação de um dossier/manual para pais sobre cuidados antecipatórios. Esta estratégia é também apoiada por Neuman e Fawcett (2011), quando referem que algumas estratégias utilizadas na prestação de cuidados em prevenção primária pediátrica para além do contato direto com as crianças e suas famílias (podendo ser panfletos, publicações ou outros). Também o PNSIJ prevê que os cuidados antecipatórios possam ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, recorrendo à distribuição de material informativo ou sessões de educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados (DGS, 2013).

Em todos os contextos foram identificados os CCF e os CNT, utilizados pelos enfermeiros como promotores do desenvolvimento. Na UCIN, o Modelo Cuidados para o Desenvolvimento orienta as práticas dos enfermeiros e as estratégias que utilizam, como a utilização do método canguru, na gestão dos estímulos ambientais (ruído, luminosidade...), na redução das manipulações do RN com a agregação de cuidados para determinado momento e a promoção da sucção não nutritiva (Seki & Balieiro, 2009). A salientar que este modelo teve por base o Modelo *Touchpoints*, fazendo parte do legado de Brazelton (Lester & Sparrow, 2013).

No contexto do CDC foi identificado a utilização do Modelo *Touchpoints* embora não sendo adotado pela equipa formalmente, é perceptível a mobilização dos seus princípios na abordagem à família, assentes sobretudo no paradigma relacional inscrito neste modelo, demonstrando uma acessibilidade e abertura para com as famílias, construindo relações de aliança fortes, conseguindo visualizá-las na receção calorosas entre os profissionais e famílias.

Como estratégias destaca-se a orientação antecipatória para a promoção do desenvolvimento, a cooperação na equipa multidisciplinar para minimizar o impacto

da doença evitando as inúmeras recorrências ao serviço de saúde (económico e logístico, diminuindo o número de visitas, minimizando assim o absentismo escolar e laboral das famílias). Esta é também uma prática considerada no contexto profissional, que também vai ao encontro da linha mestra do PNSIJ, que prevê a harmonização das consultas com o esquema cronológico preconizado no PNV, de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde (DGS, 2013).

Em todos os contextos de estágio, o método de trabalho adotado é o do enfermeiro de referência ou de gestor de caso, congruente com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015b), consonante com o método de enfermeiro de família, adotado e preconizado nos CSP.

É utilizada a CIPE em todos os contextos, dispondo todos de um sistema de registos de enfermagem, designado *S clínico*, que incorpora as necessidades de cuidados de enfermagem, intervenções e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela criança e família (OE, 2015b). A destacar o manual de uniformização de registos na UCIN e no UIP que facilita a integração de novos elementos, a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados, uma estratégia a adotar no programa proposto.

O Modelo de Sistemas de Neuman, os CCF e o Modelo *Touchpoints* foram os que sustentaram o planeamento do programa.

Concluindo, as experiências referidas permitiram o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, e o conhecimento de evidências importantes para a construção do programa de intervenção. A aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas (Benner, 2005).

No que concerne à **experiência dos utentes** esta permitiu conhecer algumas perspetivas e experiências nos seus processos de saúde-doença, de forma a prestar cuidados individualizados. Segundo Benner (2005) as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral pois aprendem com os seus utentes e famílias.

A evidência adquirida do **contexto** também permitiu grandes contributos para a construção deste programa, dado que o desenvolvimento profissional resulta da

interação mútua e progressiva entre uma pessoa ativa, em firme crescimento e os contextos em que atua, também sempre em transformação (Alarcão & Rua, 2005).

A salientar o diagnóstico da situação com a identificação dos stressores presentes no contexto profissional já elaborados na fase de elaboração do projeto (apêndice 1), que em mais de 60% dos sistema criança-família analisados apresentaram um stressor, que pode influenciar negativamente o desenvolvimento infantil e a parentalidade, que sustentou a pertinência deste programa.

O programa desenvolvido assenta numa abordagem multiprofissional, orientado também pelo quadro regulador da profissão de enfermagem, o quadro regulador da saúde, a nível nacional e internacional. Baseia-se numa referenciação teórica como o Modelo *Touchpoints*, integrado na Filosofia dos CCF.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PERCURSO PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Para a análise das competências desenvolvidas torna-se essencial definir o que é este conceito, que é descrito como a capacidade de agir em situação, implicando a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê (Alarcão & Rua, 2005). A competência é, assim, o que resulta de um conjunto de microcompetências que se mobilizam na ação, de uma miríade de atitudes e saberes de vários tipos (Alarcão & Rua, 2005). Esta perspetiva também é apoiada por Serrano, Costa e Costa (2011) que referem que o processo de cuidar coloca ao enfermeiro o desafio de mobilizar competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações).

Na perspetiva da OE, o EE é aquele que detém "um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE, 2011c, p. 8653). Já o EEESCJ deve prestar cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, mobilizando competências comuns de EE e da sua área de especialidade como referidos nos Regulamento das Competências Comuns e Específicas do EEESCJ (OE, 2011c, 2011d).

De acordo com Benner, (2005) para avaliar o nível de competência do perito é necessário juntar aos critérios habituais de medidas quantitativas e da avaliação da prática, uma perspetiva interpretativa destinada a descrever a prática de cuidados de enfermagem e as estratégias qualitativas de enfermagem. Nesta perspetiva, e tendo em conta que este percurso foi definido com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional, irão ser analisadas as competências adquiridas, como e onde foram desenvolvidas, considerando igualmente a experiência ao longo do todo exercício profissional. Uma vez que o processo de desenvolvimento implica ser capaz de avaliar as suas capacidades e competências, identificar aspetos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, procurar melhorias, desenvolver o

autoconhecimento e a autorregulação, tomar decisões relativas à profissão (Alarcão & Rua, 2005).

No que concerne às **competências comuns** são quatro os domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011d).

No domínio da responsabilidade profissional ética e legal, considero que é um domínio em constante desenvolvimento, pautando a minha prática pelo quadro regulador da profissão (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Código Ético e Deontológico dos Enfermeiros), e durante todos os contextos de estágio recorrendo aos quadros Regulamentadores da Enfermagem Pediátrica (Regulamento das competências comuns e específicas do EEESCJ; Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Guias Orientadores de Boa Prática, pareceres e tomadas de posição deste colégio de especialidade), que foram mobilizados também na redação deste relatório.

O recurso à prática reflexiva, procurando fundamentá-la com evidência científica, consolidando assim competências de julgamento clínico e de tomadas de decisão, também é exemplo da mobilização desta competência, demonstrada nas análises críticas realizadas nos contextos de estágio. Igualmente, a mobilização da filosofia dos CCF, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada, na prática de cuidados e nas reflexões sobre a mesma, realizadas ao longo do estágio são ilustrativas deste domínio, promovendo o respeito pelo direito das famílias no acesso à informação, o respeito à privacidade, o respeito da família à escolha e à autodeterminação, no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, e o respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas das famílias.

No domínio da melhoria da qualidade, salienta-se aqui o planeamento e liderança do programa de intervenção desenvolvido, que resultou de análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados (nas vertentes de estrutura, processo e resultado). Promover a incorporação de diretivas e conhecimentos, mobilizando recursos e estratégias para a sua concretização, com vista à qualidade e segurança dos cuidados prestados às famílias, o que implicou a otimização da resposta de enfermagem à problemática identificada, assim como de toda a equipa multidisciplinar, envolvendo-a no planeamento do programa.

Também a participação nos projetos institucionais nos diferentes contextos de estágio (UCIN e UIP), inseridos no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, são exemplos da mobilização desta competência. A observação das EO desses contextos (que detêm a diferenciação hierárquica de chefe de equipa) e da enfermeira coordenadora do CDC, no que toca às suas experiências na gestão dos cuidados e dos recursos, permitiram o desenvolvimento de competências de liderança e gestão de recursos. Estas adotam um estilo de liderança participativa, incentivando os colegas a contribuir no processo de decisão, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, trata-se de uma competência em constante evolução, através da prática reflexiva, procurando desenvolver um maior conhecimento de mim e do outro, melhorando assim a minha resposta ao outro, procurando constantemente a excelência da prática de cuidados. Esta metodologia permite reconhecer o que levo para a interação com as famílias (os meus valores e crenças), desenvolvendo estratégias para que isto tenha o menor impacto nas relações com as famílias. São exemplos da mobilização desta competência as análises críticas elaboradas. Esta atitude reflexiva sobre as práticas foi impulsionadora de uma prática clínica especializada assente em firmes e válidos padrões de conhecimento através de uma atitude de procura contínua do aperfeiçoamento. Identificando necessidades formativas e colmatando-as com a pesquisa bibliográfica e participação em sessões formativas, como a frequência do curso *Touchpoints*, ou esta formação académica em que me encontro, aplicando esse conhecimento na prática de cuidados, perspetivando uma prática de cuidados mais segura e competente.

A elaboração de uma *Scoping review* e a sua futura divulgação é exemplo da mobilização deste domínio, dado que a investigação em Enfermagem e a sua translação promove o desenvolvimento profissional e melhora a qualidade dos cuidados (OE, 2006).

As **competências específicas do EEESCJ**, por trabalhar em CSP, possibilitou o anterior desenvolvimento de algumas habilidades e conhecimentos, porém estes foram aperfeiçoados em todos os contextos durante o estágio.

A Competência “E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2011d, p. 8654), é uma competência em constante mobilização

no contexto profissional, sendo transversal a todos os contextos de estágio. O papel parental e a parentalidade são dois focos de atenção dos cuidados de enfermagem, e a sua promoção constitui um dos objetivos do programa de intervenção proposto. Para o desenvolvimento pleno desta competência torna-se crucial uma avaliação do risco familiar, considerando todos os stressores presentes no sistema familiar e desenvolver fatores protetores como a promoção de competências parentais, através de orientação antecipatória às famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. A mobilização desta competência também foi fundamentada nas análises críticas realizadas.

A articulação com outros profissionais, e entre os diferentes níveis de cuidados ou com outros recursos na comunidade são intervenções a considerar, sempre que se justifique, tendo em conta o superior interesse da criança, que foi desenvolvido nos contextos de estágio de internamento de pediatria e do CDC.

No que se refere à competência “E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2011d, p. 8654), esta foi a mais desenvolvida ao longo de todo o estágio, dado a escassez de contato com situações desta natureza ao longo do exercício profissional. Competências no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, e a prestação de cuidados de enfermagem apropriados, já tinha desenvolvido durante 4 anos de experiência profissional numa linha de triagem telefónica. Porém, os contextos de SUP e da UCIN, permitiram observar e demonstrar conhecimentos e habilidades na intervenção à criança com necessidade de cuidados urgentes e emergentes, em suporte avançado de vida pediátrico, assim como a leitura da evidência nesta área de atuação.

Na gestão diferenciada da dor, do stress e do bem-estar da criança, os diversos contextos de estágio permitiram o desenvolvimento desta unidade de competência, através da consulta de normas institucionais, pesquisa de literatura, observação e prestação de cuidados com supervisão.

Permitiu o desenvolvimento das intervenções autónomas de enfermagem, recorrendo a diversas estratégias e recursos, como a avaliação e monitorização da dor, com recurso a diversos instrumentos de acordo com a idade e situação clínica de cada criança, assim como recorrendo a estratégias não farmacológicas no alívio

da dor: comportamentais (relaxamento); cognitivas (orientação antecipatória); cognitivo-comportamentais (a distração, a brincadeira lúdica e terapêutica); físicas (o toque, a massagem, a contenção, o posicionamento, sucção não nutritiva); suporte emocional (presença dos pais); e ambientais (proporcionando música, controlando a luminosidade, ruído e a temperatura) (OE, 2013a).

Os instrumentos mobilizados no contexto da UCIN, foram a *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN) na unidade cuidados intermédios e a *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* (N-PASS), indicada para RN em ventilação assistida, na unidade de cuidados intensivos, congruente com a Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010 da DGS (2010). No contexto da UIP foram mobilizadas a FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), a Escala de Faces, a Escala Numérica e a Escala DESS (*Douleur Enfant San Salvador*) em crianças com deficiência e limitações da comunicação verbal.

No que toca à gestão do bem-estar, a adoção do Modelo de Sistemas, como referencial teórico de Enfermagem, tornou-se determinante para a identificação dos stressores que afetam o sistema criança-família, de forma a desenvolver intervenções com vista ao equilíbrio do sistema, alcançando um nível máximo de bem-estar.

No que concerne às doenças raras, foram desenvolvidas competências em todos os contextos, salientando o maior contributo da UIP e do CDC. Várias foram as situações de encaminhamento de famílias para as associações disponíveis, informando-as sobre os recursos de apoio existentes, como o cartão de doenças raras e a linha rara. Nesta perspetiva recorde a visita domiciliária feita no âmbito do projeto UMAD, em que se visitou 2 gémeas com 2 meses de vida e diagnóstico de ictiose, 3 dias após a alta, sendo a família encaminhada para a Raríssimas (Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras, que apoia doentes e famílias com doenças raras), de forma a obterem apoio mais especializados e os recursos supracitados.

A doença rara é uma doença crónica maioritariamente debilitante e potencialmente fatal, associada por vezes a deficiência motora (DGS, 2008), que requer esforços combinados, especiais de diversas áreas de intervenção, exigindo produtos de apoio, respostas sociais e a satisfação de necessidades educativas especiais, a fim de permitir que os doentes sejam tratados, reabilitados e integrados

na sociedade de forma mais eficaz (Despacho n.º 2129-B/2015, 2015). Como futura EEESCJ, consciente do impacto destas doenças na família, assume-se como essencial a procura permanente de evidência científica e o desenvolvimento de intervenção de apoio às famílias, articulando com outros profissionais sempre que se considere pertinente.

Isto vai ao encontro da unidade de competência “promove a adaptação da criança e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2011d, p.8654). Esta foi desenvolvida essencialmente nos contextos de UIP e no CDC, que através da observação e prestação de cuidados, foi possível constatar e avaliar as diversas necessidades da criança e sua família, prestar intervenções de apoio e educativas, de forma a diminuir os efeitos disruptivos da doença na criança. Recorreu-se a intervenções com vista à normalização e sua inclusão, promovendo assim, a adaptação da criança e família à sua situação de especial complexidade, capacitando-os para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação face à situação. A elaboração da norma de promoção de desenvolvimento infantil no âmbito do internamento de pediatria é exemplo da mobilização desta competência, assim como as sínteses realizadas, onde se encontra refletida.

Outra competência desenvolvida em todos os contextos e mobilizada igualmente na construção do programa referido é a “E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2011d, p. 8655). Foi desenvolvida através da observação e prestação de cuidados, assim como de orientação antecipatória às famílias, procurando promover a maximização do potencial de desenvolvimento da criança. Também a realização de um estudo de caso clínico (apêndice V), sendo um método de pesquisa básica do desenvolvimento, permitiu a estruturação da intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil.

A promoção do desenvolvimento infantil implica o envolvimento dos pais neste processo dotando-os dos conhecimentos necessários, através de orientação antecipatória, promovendo assim, o processo do papel parental e a parentalidade.

A promoção da parentalidade foi igualmente transversal a todos os contextos, tendo o enfermeiro um papel fundamental na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Apesar de esta competência ter sido desenvolvida ao longo do percurso profissional, constatei a dificuldade no âmbito de situações de saúde

complexas como é o caso do RN prematuro ou da criança doente. Porém, considero que o Modelo *Touchpoints* através do conhecimento e mobilização dos seus princípios (como “procure oportunidades para apoiar a mestria, valorize a desorganização, focalize na relação pais-criança e use o comportamento da criança como a sua linguagem”), e dos pressupostos parentais (como “todos os pais têm sentimentos ambivalentes, todos os pais têm forças e querem fazer bem com os seus filhos”), foi uma ferramenta essencial para a promoção da vinculação, do desenvolvimento e da parentalidade.

A promoção da vinculação foi outra unidade de competência desenvolvida ao longo do percurso profissional. Contudo, os contextos de UCIN e de UIP, permitiram o seu desenvolvimento, no que toca a situações de especial complexidade. Foram desenvolvidas intervenções que promovessem a amamentação, o desenvolvimento, a parentalidade e conseqüentemente a vinculação, no caso do RN prematuro ou doente. Negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN em ambientes desfavoráveis, como é a hospitalização, promovendo o contato físico, com recursos a técnicas como o “Canguru” ou a massagem.

Também este percurso formativo e profissional permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação, adaptando-a à criança e sua família, considerando o estágio de desenvolvimento e a sua cultura. Esta competência torna-se relevante na prestação de cuidados, considerando a perspectiva dos CCF, que constitui um elemento primário para o estabelecimento da relação de parceria entre a família e o profissional, e conseqüentemente para a excelência da prática de cuidados do EEESCJ.

A comunicação estabelecida tem uma intencionalidade terapêutica, constituindo uma oportunidade para determinar o estado de saúde da criança, e obter informações sobre os stressores que afetam o seu sistema, de interpretar a relação entre os pais e a criança, assim como de fazer expressar sentimentos (Hockenberry & Barrera, 2014). Desta forma, o treino de técnicas de comunicação verbal e não-verbal, como o recurso à escuta, à utilização do silêncio, assumiu-se como um componente de elevada importância ao longo deste percurso considerando-se, no entanto, que se trata de uma dimensão na qual é necessário um esforço contínuo de aperfeiçoamento, pela sua complexidade e relevância no processo de enfermagem.

A promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, tem sido uma competência desenvolvida ao longo do percurso profissional, em contexto das CVSIJ. Durante os vários contextos, esta competência foi igualmente desenvolvida, através da observação e prestação de cuidados nos contextos de SUP, UIP e do CDC, considerando todos os momentos oportunos para promover a adoção de comportamentos saudáveis. Neste sentido recordo a situação de um jovem de 17 anos, em contexto de internamento pediátrico, com quadro sugestivo de sépsis e diagnóstico de síndrome de intestino curto. Este jovem verbalizou vontade em ir na viagem de finalistas, e oportunisticamente, fiz uma sessão de educação para a saúde sobre a prevenção de comportamentos nocivos como o consumo de álcool e drogas, assim como de comportamentos preventivos de doenças sexualmente transmissíveis.

A documentação sistemática das competências de perita constitui uma primeira etapa para o desenvolvimento de conhecimentos clínicos. (Benner, 2005). A prática clínica engloba a noção de excelência: através do estudo da prática, o enfermeiro pode descobrir novos conhecimentos. Assim, este registo de competências permitiu-me fazer uma autoavaliação evidenciando um claro desenvolvimento de competências de EE, permitindo a aquisição de conhecimentos, habilidades e capacidades para uma tomada de decisão mais competente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Todo o percurso apresentado surgiu de uma problemática identificada no contexto de trabalho e da necessidade de desenvolver competências de EEESCJ. Foi delineado como objeto de estudo para este percurso, as intervenções e modos de agir dos enfermeiros na promoção do desenvolvimento infantil e desenvolvido estágio em 5 contextos de cuidados pediátricos, uma vez que estes têm uma importância muito significativa no processo de formação para o desenvolvimento da competência profissional (Alarcão & Rua, 2005). A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, contudo a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender da teoria (Benner, 2005).

Assim, terminado este percurso posso referir que em todos os contextos, os enfermeiros recorrem aos referenciais de enfermagem pediátrica, nomeadamente os CCF e os CNT para a promoção do desenvolvimento infantil. Alguns serviços recorrem a referenciais teóricos de enfermagem como o Modelo para a Enfermagem de Roper, Logan e Tierney e a Definição de Enfermagem de Virgínia Henderson (Tomey & Alligood, 2004), para a orientação da prática de cuidados.

No entanto, importa salientar que a opção pelo Modelo de Sistemas tornou-se uma mais-valia, ao longo do percurso, permitindo uma intervenção de enfermagem sustentada e adequada face às exigências da atualidade, no que toca à saúde infantil. O Modelo *Touchpoints* foi similarmente uma mais-valia, permitindo uma abordagem colaborativa e positiva com a família, com vista à criação de relações de parceria e de aliança, essenciais na prática de cuidados de excelência.

Verificou-se que as intervenções de enfermagem observadas e praticadas nos contextos de estágio eram sustentadas na avaliação holística e sistemática das famílias, considerando os *stressores* presentes e promovendo fatores de proteção ao desenvolvimento infantil, como as competências parentais. Através do estabelecimento de relações e ambientes terapêuticos, recorrendo a estratégias como a brincadeira lúdica, terapêutica, estratégias comunicacionais e orientação antecipatória. A orientação antecipatória, nos diferentes contextos, foi realizada individualmente ou coletiva, em sessões de educação para a saúde, ou através da elaboração e distribuição de instrumentos de informação. Estas intervenções e estratégias apreendidas nas experiências clínicas, e contextuais contribuíram para a construção do programa de intervenção perspectivado no início deste percurso.

Analisando este programa, considerando o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013b), o problema identificado consiste nos stressores que afetam o processo de desenvolvimento infantil, a parentalidade e as suas implicações nos processos de saúde. Quer o desenvolvimento infantil quer a parentalidade são focos da CIPE assim como fazem parte do *core* de Focos do Resumo Mínimo de Dados (OE, 2007). O foco deste problema está centrado no sistema criança-família, nos quais a intervenção de enfermagem pode produzir ganhos em saúde para a população.

Assim, considero que este percurso permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional e contribuiu para o desenvolvimento da própria profissão, quer na elaboração de uma *scoping review* e sua divulgação, quer pela elaboração de um programa de intervenção no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, assim como das políticas de saúde, tendo-se elaborado uma proposta de melhoramento para o novo PNSIJ.

Considerou-se adequada a metodologia proposta e adotada, na medida em que proporcionou a aquisição de competências, perspetivando a sua continuação na prática de cuidados, não se extinguindo com a elaboração deste relatório.

De acordo com Benner (2005), para a aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por 5 níveis sucessivos de proficiência, de iniciado a perito, que são o reflexo da mudança em 3 aspetos gerais: a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta; à modificação de perceção da situação, de partes isoladas para um todo, no qual só algumas partes são relevantes; e a passagem de observador desligado a executante envolvido. Assim todo o percurso realizado e analisado aqui me permite afirmar que a continuação deste projeto já em contexto profissional permitirá tornar-me uma perita na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.

Como projetos futuros salienta-se a implementação e monitorização do programa construído no contexto profissional (realizando também formação específica na NBO), assim como a divulgação da *Scoping review* realizada. Salienta-se igualmente a continuação do desenvolvimento profissional, através de processos formativos, do autoconhecimento e assertividade, para o desenvolvimento de uma prática de excelência, atualizada e contextualizada às necessidades das crianças e suas famílias, com vista a cuidar para a promoção do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Albuquerque, C. L., Santos, J., Batalha, S., Lito, D., & Cunha, F. (2015). O Recém-Nascido no Serviço de Urgência - Que Triagem ? *Acta Medica Portuguesa*, 46, 357–364.
- Als, H. (2013). Advances in the Understanding and Care of the Preterm Infant. Em B. Lester & J. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 1–414). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Promoting Child Development. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2008.08.001>
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a família. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.^a ed., pp. 331–411). Loures, Portugal: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista* (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2012). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II - dos 0 aos 5 anos – Manual Técnico* (3.^a ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. (2009). Conceito de Pontos de Referência. Em *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Editorial Presença.

- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints Model of Development. Obtido 1 de Maio de 2015, de http://fundacaobgp.com/ficheiros/artigos/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf
- Brazelton Touchpoints Center. (2016). *Touchpoints Reference Guide and Participant Training Materials*. Boston: Brazelton Touchpoints Center.
- Britto, P. R., Lye, S., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., ... Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(series), 91–102. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia Do Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Camilo, C., & Garrido, M. V. (2013). Desenho e avaliação de programas de desenvolvimento de competências parentais para pais negligentes: Uma revisão e reflexão. *Análise Psicológica*, 31(3), 245–268. <http://doi.org/10.14417/S0870-8231201300030003>
- CHLC. (2016). Triagem Canadiana arranca na Urgência Pediátrica do CHLC – Hospital Dona Estefânia. Obtido 8 de Setembro de 2016, de http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Sala_imprensa/Triagem_Canadiana_arranca_na_Urgencia_Pediatrica_do_CHLC.pdf
- Ciasulli, K., Systems, C. I., Engelke, Z., Systems, C. I., Schub, E., Systems, C. I., ... Systems, C. I. (2015). NURSING Parent Teaching : Parenting Skills – Parents of Toddlers.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2^a). Loures, Portugal: Lusociência.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Decreto-Lei n.º 281/2009. (2009). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). *Diário da República*, 1^a série(N.º 193 — 6 de Outubro de 2009), 7298–7301.
- Despacho n.º 2129-B/2015. (2015). Estratégia Integrada para as Doenças Raras

- 2015-2020. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 41 — 27 de fevereiro de 2015, (4), 8–10.
- Despacho n.º 5613/2015. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Diário da República*, 2.^a série - n.º 102 - 27 de maio de 2015, 13550–13555.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação n.º 014/2010 de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <http://www.dgs.pt/?cr=16946>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direcção- Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional para doenças raras (PNDR)*. Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção- Geral da Saúde.
- Falbo, B., Andrade, R., Furtado, M. C., & Mello, D. (2012). Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 65(1), 148–154.
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Obtido 9 de Outubro de 2016, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/O atendimento à criança na Urgência Pediátrica, Dino Fernandes Enfermeiro EESIP.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%AAncia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf)
- Fonseca, A., & Perdigão, A. (1999). *Guia dos direitos da criança* (2.^a ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fundação do Gil. (2014). Documento Estratégico: Cuidados Pediátricos Integrados. *Fundação do GIL*, 1–21.
- Gaspardo, C. M., Martinez, F., & Linhares, M. B. M. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Rev. Paul Pediatric*, 28(1), 77–85.
- Gomes-Pedro, J. (2003). CLNBAS A Avaliação Neuro-Comportamental do Recém-

- Nascido para Aplicação Clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(6), 389–391.
- Gomes-Pedro, J. (2005). *Para um Sentido de Coerência na Criança*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Hawthorne, J. (2015). Influencing Health Policy in the Antenatal and Postnatal Periods: The UK Experience. *Zero to Three*, 36(1), 21–27.
- HGO. (2016). Centro de Desenvolvimento da Criança. Obtido 2 de Janeiro de 2017, de <http://www.hgo.pt/Servicos/CDC.aspx>
- Hockenberry, M. J. (2014). A influência da família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.^a ed., pp. 49–71). Loures, Portugal: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.^a ed., pp. 1–20). Loures, Portugal: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.^a). Loures, Portugal: Lusociência.
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (2011). Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals - how to get started. *Institute for Patient-and Family-Centered Care*, 20814(301), 1–29. Obtido de www.ipfcc.org
- Instituto de Apoio à Criança. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada* (2.^a ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Irwin, L. G., Siddiki, A., & Clyde, H. (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. OMS. Vancouver: World Health Organization. <http://doi.org/10.1016/j.worlddev.2010.10.008>
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE, Diário da República, 1.^a série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015 8059–8105 (2015). <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Lester, B. M., & Sparrow, J. (2013). *Nurturing Children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Loureiro, F., Guerreiro, A., & Andrade, F. (2012). Promoção de Saúde num Serviço

- de Internamento de Pediatria. *Revista Nursing*, (284/285), 5–9.
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.^a ed., pp. 897–930). Loures, Portugal: Lusociência.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Milteer, R. M., & Ginsburg, K. R. (2012). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bond : Focus on Children in Poverty abstract. *Pediatrics*, 119(1), 204–213. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-2953>
- Ministério da Saúde. (2006). Glossário para as Unidades de Saúde Familiar. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, 1–47.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5.^a ed.). Boston: Pearson.
- Nicolson, S. (2015). Let's Meet Your Baby as a Person: From Research to Preventive Perinatal Practice and Back Again, With the Newborn Behavioral Observations. *Zero to Three*, 36(1), 28–39.
- Nugent, J. K. (2013). The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton's legacy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(3), 173–179. <http://doi.org/10.1111/jcap.12043>
- Nugent, J. K. (2015). The Newborn Behavioral Observations (NBO) System as a form of intervention and support for new parents. *Zero to Three*, 36(1), 2–10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem Tomada de Posição. Obtido 16 de Fevereiro de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)*, 16. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. (C. OE, Ed.) (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *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. (2011b). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II* (Vol. 2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento nº122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série, 35*(18 de Fevereiro de 2011), 8648–8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011d). Regulamento nº 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, 2ª Série, 35*(18 de Fevereiro de 2011), 8653–8656.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE (Cadernos O, Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Obtido 10 de Julho de 2016, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaborac%27o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–14.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à*

- parentalidade durante a hospitalização.* (n.º 8 Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos OE, Série 1, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 351/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 119 — 22 de junho de 2015, 16660–16665.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*, 1(1), 9.
- Panceri, C., Pereira, K., Valentini, N. C., & Sikilero, R. (2012). The influence of hospitalization on motor development of infants admitted to Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, 32(2), 161–168.
- 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.
- Peixoto, N. M. dos S. M., & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121–132. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Seki, T. N., & Balieiro, M. M. F. G. (2009). Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 8(2), 67–75.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C. da, & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III(3), 15–23. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>
- Shaw, D. S. (2006). Programas de capacitação parental e seu impacto no desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas. Obtido 16 de Fevereiro de 2017, de <http://www.encyclopedia->

crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2510/programas-de-capacitacao-parental-e-seu-impacto-no-desenvolvimento-social-e-emocional-de-criancas-pequenas.pdf

- Sheridan, M. (2008). *From Birth to Five Years: Children's developmental progress* (3.^a ed.). New York: Routledge.
- Silva, A. P. (2007). «Enfermagem avançada»: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *SERVIR*, 11–19.
- Slinning, K., & Vannebo, U. T. (2015). The training of infant mental health practitioners: The Norway experience. *Zero to Three*, 36(1), 40–45.
- Soares, H., Pereira, S. M., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2015). « Touchpoints »: parents and nurses ' perceptions and satisfaction. *Da Investigação às Práticas*, 6(2), 5–24.
- Soares, R., Timóteo, C., & Zarcos, M. M. (2010). Readmissões na urgência pediátrica do Hospital de Santo André, Leiria. *Saude Infantil*, 32, 59–62.
- Sparrow, J. D. (2007). Understanding stress in children. Obtido de <http://gateway.isiknowledge.com/gateway/Gateway.cgi?&GWVersion=2&SrcAuth=EBSCO&SrcApp=EDS&DestLinkType=CitingArticles&KeyUT=000245659100005&DestApp=WOS>
- Stadtler, A. C., Brandt, K. a, Novak, J. C., & Beauchesne, M. a. (2013). Reflections on T. Berry Brazelton, MD's influence on pediatric nursing. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 26(4), 234–8. <http://doi.org/10.1111/jcap.12057>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5^a). Loures, Portugal: Lusociência.
- Unicef. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. *Unicef*, 54. Obtido de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em Neonatologia: Cuidados para o Desenvolvimento. Em *Manual Prático de Neonatologia* (pp. 260–264). Lisboa: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.
- WHO. (2012). *Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries:*

- a review. Switzerland: World Health Organization. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97942/1/9789241503549_eng.pdf?ua=1
- WHO. (2013). *Postnatal care of the mother and newborn 2013*. World Health Organization. Switzerland: World Health Organization. [http://doi.org/978 92 4 150664 9](http://doi.org/978_92_4_150664_9)
- World Health Organization. (2013a). Definition of key terms: Consolidated ARV guidelines. Obtido 25 de Março de 2017, de <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>
- World Health Organization. (2013b). *Nurturing human capital along the life course : Investing in early child development*. Switzerland: World Health Organization.
- Zeanah, P. D., Stafford, B., & Zeanah, C. H. (2005). Clinical Interventions to Enhance Infant Mental Health: A Selective Review. *National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA*. Obtido de <http://eric.ed.gov/?id=ED496852>

APÊNDICES

Apêndice I
Diagnóstico da Situação na Unidade de Saúde Familiar
“Stressores ao desenvolvimento infantil

Diagnóstico da Situação

Stressores identificados na Unidade de Saúde Familiar ao desenvolvimento infantil

De modo a compreender a viabilidade de um programa de intervenção, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade, no meu contexto profissional, foi desenvolvida uma análise do contexto tendo em conta o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O desenvolvimento das dimensões cognitiva, social, emocional e psicomotor da criança é influenciado pela sua saúde, assim como pelas relações e estimulação da família, e os sistemas de apoio na comunidade (World Health Organization, WHO, 2012). O potencial biológico humano é estabelecido no início da vida, e é influenciado pela qualidade do ambiente. A intervenção durante períodos sensíveis de desenvolvimento da criança pode potenciar o seu desenvolvimento e melhorar a sua resiliência (WHO, 2013).

Os primeiros ambientes importam e são influenciados por uma série de determinantes como a família e o contexto socioeconómico. As desigualdades nesses ambientes resultam em desigualdades nos resultados do desenvolvimento. Assim, as famílias precisam de assistência de profissionais de saúde, a fim de proporcionar ambientes estimulantes para os seus filhos (WHO, 2013).

A enfermagem pediátrica assenta na filosofia dos cuidados centrados na família, em que se reconhece a família como uma constante na vida da criança (Hockenberry & Barrera, 2014). O enfermeiro tem um papel crucial no sucesso do sistema familiar, pois tem nas consultas de enfermagem de saúde infantil nos Cuidados de Saúde Primários uma oportunidade para o compreender, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, torna-se essencial a avaliação do risco familiar no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil. Este diz respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2005, 2011).

Porém, a qualidade das consultas efetuadas é geralmente condicionada por diversos fatores, nomeadamente o tempo limitado de cada consulta versus a quantidade de parâmetros a avaliar, os cuidados antecipatórios, conjuntamente com a ansiedade/comportamento da criança e/ou dos pais, o que implica do enfermeiro a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção, pois o EESIP na procura da excelência do seu exercício profissional deve ajudar a criança e família a alcançar o máximo potencial da sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015), focalizando a sua intervenção na interdependência criança/família e ambiente, considerando os fatores protetores e stressores (fatores de risco) associados às suas vivências (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou manutenção de situações de maus tratos. Representam variáveis bio-psico-sociais que, no meio em que ocorrem, podendo potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização, das crianças e dos jovens, podendo comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança: (Direção-Geral da Saúde, 2011).

- Fatores psicossociais: gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar, mãe solteira, mãe adolescente, inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança, problemas laborais, pobreza ou privação socioeconómica; imigrantes ou refugiados em condições habitacionais precárias.
- Fatores obstétricos: gravidez de alto risco, parto complicado, dificuldade em amamentar
- Fatores da criança: prematuridade, baixo peso à nascença, patologia somática, deficiência, temperamento difícil (Direção-Geral da Saúde, 2005)

Por outro lado existem os fatores de proteção, que incluem variáveis biopsicossociais, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco (Direção-Geral da Saúde, 2011). Incluem-se neste conjunto fatores que dizem respeito à criança/jovem, à família e/ou cuidadores e aos contextos de vida.

É igualmente necessário ter em conta os fatores de agravamento/crises de vida, que são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e de proteção, que podem

precipitar a ocorrência de maus tratos como o desemprego ou rupturas familiares (Direção-Geral da Saúde, 2011).

PERCEBER O PROBLEMA

Neuman define Enfermagem como uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de *stress*. O principal objetivo da Enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, alcançando assim, um nível máximo de bem-estar. Para o atingir, são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos stressores e condições adversas que podem afetar o excelente funcionamento, em qualquer situação que se encontra a pessoa (Neuman & Fawcett, 2011).

No sentido de identificar os stressores presentes no contexto profissional, ao desenvolvimento infantil e à parentalidade, e no sentido de justificar a pertinência do projeto, recorri à monitorização dos nascimentos ocorridos no serviço no ano civil de 2015, através da receção das Notícias de Nascimento durante esse ano (com recurso à base de dados criada e aos sistemas de informação cedidos pela tutela).

A Notícia de Nascimento é um documento de utilização obrigatória, normatizado desde 2002 pela Direção-Geral de Saúde, cujo objetivo é a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher, à criança e à família, sendo um instrumento facilitador da comunicação após o parto, entre os Hospitais e os Cuidados de Saúde Primários (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Para facilitar a leitura dos dados, estes serão apresentados tendo em conta a categorização de stressores do Modelo de Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011). Segundo a autora, os stressores são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras abertas do sistema cliente. Podem ser:

- **Intrapessoais: ocorrem no indivíduo, nomeadamente com o recém-nascido (RN):**
 - Prematuridade: 15% partos foram de pré-termo, ficando internados cerca de 6% dos recém-nascidos;
 - Peso à nascença: cerca de 13% dos RN apresentou baixo peso à nascença (<2500gr);

- Índice de APGAR: cerca de 13% dos recém-nascidos apresentou Índice de APGAR <7 ao 1º minuto.
- **Intrapessoais: ocorrem entre um ou mais indivíduos, nomeadamente com a família:**
 - Idade materna: cerca de 4% de mães eram adolescentes e 15% das mulheres tinham idades compreendidas entre os 20 e 24 anos;
 - Nº de filhos: cerca de 60 % são mães primíparas;
 - Mães solteiras: corresponde a cerca de 25% dos nascimentos;
 - Risco de gravidez: cerca de 28% foram gravidezes de risco de biológico, 2% de risco social, sendo as restantes gravidezes de baixo risco obstétrico;
 - Tipo de parto: cerca de 45% foram partos distócicos.
- **Extrapessoais: ocorrem fora do indivíduo, nomeadamente no ambiente:**
 - Naturalidade materna: cerca de 45% dos nascimentos correspondem a mães imigrantes, pertencentes a minorias étnicas (mães oriundas de Cabo Verde (15%), Guiné- Bissau (11%); São Tomé e Príncipe (11%) e outros.

Neste Modelo de Sistemas, o ambiente é definido como “todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa”, considerando três ambientes:

- Interno, intrapessoal contendo todas as interações dentro do cliente;
- Externo, interpessoal e extrapessoal com todas as interações que ocorrem fora do indivíduo;
- Criado, inconscientemente criado e desenvolvido pelo cliente para lidar com a ameaça do stressor (Neuman & Fawcett, 2011).

Este último é definido como a mobilização inconsciente do cliente de todas as variáveis do sistema no sentido da integração, estabilidade e integridade do sistema. Nesta perspetiva, na mesma análise, foram identificados alguns fatores que facilitam

o ambiente criado, demonstrando a pertinência e necessidade deste projeto de intervenção, nomeadamente uma boa taxa de cobertura da vigilância da saúde infantil, tendo em conta os dados obtidos até ao primeiro trimestre de 2016:

- Diagnóstico precoce: cerca de 85% foram realizados no serviço;
- Local de vigilância: cerca de 66% dos lactentes são vigiados em exclusivo no serviço; 15% são vigiados em simultâneo na USF e pediatra privado, e, 7,5% em simultâneo na USF e contexto hospitalar;
- Nº de consultas até aos 3 meses de idade do lactente: no PNSIJ estão previstas 3 consultas de vigilância de saúde infantil até ao período indicado; pelo que cerca de 92,5% das crianças inscritas na USF cumpriram esse indicador relativamente à consulta de enfermagem, sendo a média de consultas de 4,2 por criança. Quanto à consulta médica, 68% dos lactentes cumpriram o indicador e 21% teve 2 consultas, sendo a média de consultas de 2,5 por criança.

Em suma, pode-se concluir que após a análise dos nascimentos ocorridos em 2015, pelo menos 60% dos lactentes e suas famílias apresentam um fator de risco para o desenvolvimento infantil e parentalidade adequada. Por outro lado, a alta taxa de vigilância das consultas, permite constatar a importância que as famílias atribuem às mesmas, constituindo estas uma oportunidade crucial, para a promoção de fatores de proteção para o desempenho do papel parental, e consequentemente para a promoção do desenvolvimento.

Assim, para colmatar a dificuldade referida na realização das CVSIJ e pelos stressores identificados no meu contexto profissional ao desenvolvimento da criança e à parentalidade, surge a necessidade de desenvolver um programa de intervenção, com novas estratégias no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, que tem como objetivos promover o desenvolvimento infantil e a parentalidade, através de cuidados antecipatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direcção- Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 013/2015: Notícia de Nascimento Digital. *Direção Geral da Saúde*, 9. Obtido de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.ª ed., pp. 1–20). Loures, Portugal: Lusociência.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5.ª ed.). Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. (C. OE, Ed.) (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Obtido 10 de Julho de 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaborac_ão projetos qualidade SRS.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 351/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015, 16660–16665.
- WHO. (2012). *Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review*. Switzerland: World Health Organization. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97942/1/9789241503549_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2013). *Nurturing human capital along the life course: Investing in early child development*. Switzerland: World Health Organization.

Apêndice II
Mapa conceptual
Cuidar para promover o desenvolvimento infantil

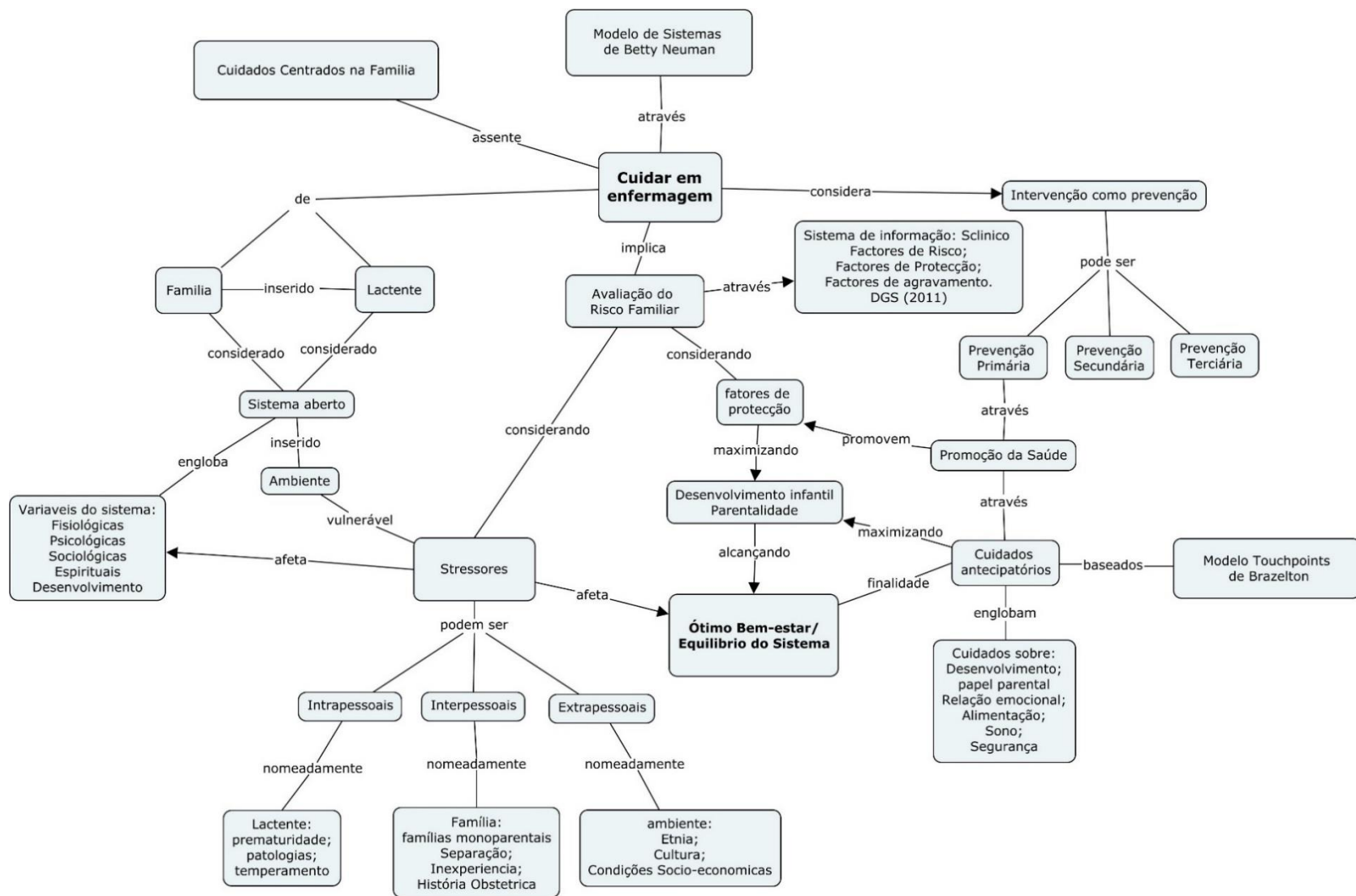


Figura 1 - Mapa Conceitual: cuidar para promover o desenvolvimento infantil

Apêndice III
Cronograma de estágio

Apêndice IV
Proposta de Norma de procedimento
para a promoção do desenvolvimento infantil
Unidade de Internamento Pediátrico

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

APROVAÇÃO

1. OBJETIVO

- Promover o desenvolvimento da criança em contexto de internamento prolongado;
- Promover a relação entre pais-criança-profissionais
- Uniformizar procedimentos

2. ÂMBITO DA APLICAÇÃO

- Equipa de enfermagem da Unidade

3. RESPONSABILIDADES

3.1. **Pela implementação do procedimento:** Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ou Enfermeiro Gestor da Unidade

3.2. **Pela Revisão do Procedimento:** Enf^ª Chefe e Enfermeiros em quem delegar.

ELABORAÇÃO		
VERIFICAÇÃO		
CQSD		

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro de 2016	Novembro de 2019	1/11

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

4. DEFINIÇÕES

Desenvolvimento infantil: processo progressivo de crescimento e desenvolvimento físico, mental e social, desde o nascimento e durante toda a infância (Ordem Dos Enfermeiros, 2011).

Promoção da Saúde: é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (Organização Mundial de Saúde, 1986).

Papel parental: papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (Ordem Dos Enfermeiros, 2011)

Parentalidade: tomar conta; assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamento para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (Ordem Dos Enfermeiros, 2011).

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

UCERN Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

RN Recém-nascido

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
	Novembro de 2016	Novembro de 2019	2/11

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

6. REFERÊNCIAS

- Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints Model of Development. Obtido 1 de Maio de 2015, de http://fundacaobgp.com/ficheiros/artigos/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª). Loures, Portugal: Lusociência.
- Irwin, L. G., Siddiki, A., & Clyde, H. (2007). *Early Child Development : A Powerful Equalizer*. OMS. Vancouver: World Health Organization. <http://doi.org/10.1016/j.worlddev.2010.10.008>
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Lester, B. M., & Sparrow, J. (2013). *Nurturing Children and families: buildind on the legacy of T. Berry Brazelton*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Crinaça e do Adolescente* (9.ª ed., pp. 897–930). Loures, Portugal: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. (C. OE, Ed.) (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro de 2016	Novembro de 2019	3/11

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, 2ª Série*, 35(18 de Fevereiro de 2011), 8653–8656.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) *Ordem dos Enfermeiros*. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Ordem Dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*, 1(1), 9.

Panceri, C., Pereira, K., Valentini, N. C., & Sikilero, R. (2012). The influence of hospitalization on motor development of infants admitted to Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, 32(2), 161–168.

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.

7. DESCRIÇÃO

Desenvolvimento infantil no 1º ano de vida

O desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspetos, como o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança (Irwin, Siddiki, & Clyde, 2007). É considerado um processo complexo, multifatorial e multidimensional (Papalia et al., 2001). O seu estudo tem como objetivos a descrição, a explicação, a predição e a modificação de comportamentos, o que originou várias teorias, estando categorizadas em 5 perspetivas: a psicanalítica (Freud e Erickson), a aprendizagem (Pavlov e Bandura), a cognitiva (Piaget e Kohlberg), a etológica (Bowlby e Ainsworth) e a contextual (Vygotsky) (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	4/11
2016			

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

Outros profissionais e investigadores na área do desenvolvimento da criança tiveram a sua influência na conceptualização e acompanhamento do desenvolvimento da criança, destacando-se Brazelton que desenvolveu um modelo sistémico de desenvolvimento infantil, baseando-se nas experiências do comportamento da criança com o meio envolvente, no qual se enfatiza a prevenção através de cuidados antecipatórios e a construção de relações de parceria entre pais e profissionais, a que designou *Touchpoints* (Brazelton, 2010).

Este modelo conceptual surge no sentido de uma compreensão do comportamento e desenvolvimento infantil, e das interações pais-filho, constituindo uma abordagem positiva do desenvolvimento e da parentalidade, onde as competências e diferenças individuais da criança, e a potencialidade do sistema criança-pais são valorizadas. Brazelton enfatiza a multidimensionalidade do desenvolvimento, a existência de aquisições desenvolvimentais e períodos de regressão, como percussores em processos de aquisição de novas competências (Lester & Sparrow, 2013).

Segundo o autor, há três influências envolvidas no desenvolvimento da criança: a vida emocional, o ambiente, e o desenvolvimento neurobiológico, com as diferenças fisiológicas individuais. Afirma que as forças que impulsionam o desenvolvimento ocorrem dentro do sistema de *feedback* interno, isto é, a capacidade da criança resistir à frustração, tendo isto um papel central na vida emocional da criança; e dentro de um sistema de *feedback* externo, isto é, a influência do ambiente, nomeadamente a estimulação do prestador de cuidados (Brazelton & Sparrow, 2003).

Essa estimulação é influenciada pelas competências parentais, onde o enfermeiro tem um papel fulcral na sua promoção, ajudando a reduzir os padrões negativos, como o *stress* e a ansiedade dos pais relativos ao desenvolvimento dos seus filhos, tornando-os mais seguros, confiantes e competentes (Brazelton, 2013).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	5/11
2016			

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

O primeiro ano de vida é uma etapa fundamental no desenvolvimento global do ser humano, visto ser marcado por mudanças significativas que ocorrem num ritmo acelerado. Neste período, o rápido crescimento cerebral e amadurecimento das estruturas nervosas possibilitam intensos avanços na área motora, cognitiva, afetiva e social. Desta forma, a capacidade de aprendizagem do bebê é potencializada pela plasticidade cerebral, habilidade do sistema nervoso central em modificar a sua organização estrutural em resposta à ação de estímulos (Papalia et al., 2009).

O impacto da hospitalização no desenvolvimento da criança

A hospitalização é considerada um fator de risco para o desenvolvimento infantil adequado e para a parentalidade, porém devem-se avaliar atentamente as variáveis que envolvem esse processo (Panceri et al., 2012).

O impacto da hospitalização sobre o lactente pode depender também, além do período de internamento, da gravidade da doença, sintomatologia, intervenções médicas, estímulos adequados da mãe e características da própria criança. Num estudo realizado em lactentes hospitalizados, verificou-se que quanto maior o tempo de internamento, menor foi seu desempenho. Os bebês que necessitaram de hospitalização por mais de 30 dias, devido a morbilidade ou determinação de diagnóstico, tiveram um risco sete vezes maior de apresentar suspeita de atraso, demonstrando uma correlação negativa, de moderada a forte, entre o tempo de internamento e o desenvolvimento esperado (Panceri et al., 2012).

As experiências dolorosas de hospitalização podem gerar nas crianças manifestações tais como: inapetência, perda ponderal, agressividade, bem como uma diminuição da recetividade orgânica ao tratamento. A criança sujeita a hospitalização sofre alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, podendo bloquear temporariamente este processo, manifestando-se por dificuldades de

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	6/11
2016			

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

adaptação e perceção distorcida da realidade, ocorrendo quando a criança se encontra privada de exercitar, explorar ou locomover (Jorge, 2004).

Assim, o ambiente em que o bebé está inserido pode agir como facilitador do seu desenvolvimento normal, possibilitando a exploração e interação saudável com o meio; ou, na situação de um ambiente desfavorável, pode restringir as possibilidades de aprendizagem (Panceri, Pereira, Valentini, & Sikilero, 2012).

A intervenção do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil

A Ordem dos Enfermeiros reporta-se à promoção de saúde, ao mencionar nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. Assim, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem, enquanto competência específica, assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2013b).

Sabe-se que a condição de vulnerabilidade da criança com deficiência ou em risco de desenvolvimento atípico poderá potenciar um aumento dos níveis de stress parentais, implicando um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema. Poderá existir durante os primeiros meses de vida, ou mesmo durante os primeiros anos, uma capacidade de resposta mais reduzida, com interações mais difíceis e menos satisfatórias com os pais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Além de aprenderem, sobre a doença e os seus efeitos nas capacidades da criança, a família precisa de estratégias para promover o desenvolvimento adequado da sua criança. Mesmo com atrasos na aquisição de etapas fundamentais do desenvolvimento, os enfermeiros precisam ser ativos, no ensino ao pais, quanto à melhor forma de ajudar, a sua criança, a atingir o seu potencial de desenvolvimento. (Hockenberry & Wilson, 2014).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	7/11
2016			

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

Durante o primeiro ano, são descritas 4 tarefas de desenvolvimento esperado: desenvolver um sentido de confiança; criar vínculo com os pais; aprender através de experiências sensoriais e iniciar o desenvolvimento do sentido de separação dos pais.

Nesta perspetiva, são sugeridas as seguintes intervenções de suporte para a promoção do desenvolvimento no lactente:

- ✓ Incentivar a existência de prestadores consistentes;
- ✓ Incentivar a presença e participação dos pais nos cuidados durante a hospitalização;
- ✓ Realçar as potencialidades da criança;
- ✓ Ajudar os pais na aprendizagem das necessidades especiais de cuidados para que possam sentir-se competentes;
- ✓ Proporcionar experiências agradáveis à criança;
- ✓ Incentivar as capacidades de desenvolvimento adequadas à idade;
- ✓ Incentivar o envolvimento de todos os membros da família nos cuidados, de forma a evitar o sobre envolvimento de um dos membros
- ✓ Incentivar folgas aos membros da família às exigências criadas pela responsabilidade dos cuidados (McElfresh & Merck, 2014).

Para promover o desenvolvimento torna-se fundamental a sua avaliação. A monitorização, através de um instrumento de avaliação, poderá ser de difícil aplicação prática em situação de internamento hospitalar, sobretudo tendo em conta que se procura a melhor performance da criança. Porém peritos confirmam que caso seja esta a única oportunidade de o fazer, deverá ser feito com algumas salvaguardas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O rastreio do desenvolvimento infantil é um trabalho sistemático, cujo objetivo é verificar se a criança esta a desenvolver-se dentro dos padrões normais para a idade. O desenvolvimento abaixo dos padrões esperados, poderá indicar a existência de um atraso ou de alguma perturbação, assim como um desvio ou variação devido a uma causa ambiental ou genética (Bellman,

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	8/11
2016			

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

Lingam, & Aukett, 2012). Os defensores do rastreio em desenvolvimento acreditam que na maioria dos casos, uma intervenção precoce permite que as crianças consigam desenvolver todo o seu potencial, evitando que sejam posteriormente identificadas como possuindo necessidades educativas especiais (Bellman et al., 2012).

Assim, a identificação precoce de alterações no desenvolvimento infantil é fundamental para que se possam elaborar estratégias e intervenções que visem minimizar os efeitos negativos na vida futura da criança. O impacto de problemas biológicos pode ser minimizado quando o bebé se encontra um ambiente rico em estímulos adequados (Panceri, Pereira, Valentini, & Sikilero, 2012)

Se as famílias forem ajudadas a adquirir uma postura proactiva perante a situação de especial complexidade, estaremos a ajudá-las a derrubar as próprias barreiras internas. Neste sentido, o reforço positivo das competências e qualidades da criança com malformação ou doença deverá ser uma constante, trabalhando com os pais estas vertentes, promovendo a vinculação.

Assim, considerando o Modelo *Touchpoints*, deve-se abordar a família com uma observação inicial da criança, do seu comportamento, observando o temperamento, o desenvolvimento e compartilhá-los com os pais (Brazelton & Sparrow, 2003). Os comportamentos significativos a serem compartilhados, são aqueles que oferecem evidência de uma satisfação própria da criança, numa nova realização. Estes permitem ao profissional enfatizar os pontos fortes da criança e as principais contribuições dos pais para o desenvolvimento da mesma (Brazelton & Sparrow, 2003).

Estas observações compartilhadas podem servir como introdução para o paradigma relacional entre profissionais-pais. Os pais baixam as suas defesas e ficam mais disponíveis para falar da sua experiência e compartilhar as suas preocupações com o profissional de saúde. Então, cada contato constitui uma mais-valia para estimular o relacionamento entre os pais e o profissional,

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	9/11
2016			

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

tornando os pais mais confiantes nas suas capacidades, sendo reconhecidos os seus pontos fortes, e que as suas vulnerabilidades serão respeitadas e valorizadas. A confiança dos pais é facilmente obtida quando os profissionais demonstram a sua compreensão e sensibilidade quanto às necessidades previsíveis para o desenvolvimento de seu filho (Brazelton & Greenspan, 2009).

Intervir precocemente com programas que visem o suporte familiar permitirá fortalecer o funcionamento, promover o crescimento e desenvolvimento dos membros e da família como um todo (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Periodicidade:

A realizar de acordo com as idades-chaves estipuladas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, da Direção-Geral da Saúde, procurando a harmonização com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação:

- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

Recursos:

- Kit da escala da avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (consiste na escala e a mala com o material sugerido para a aplicação da caixa).
- Folhetos com atividades promotoras do desenvolvimento, de acordo com a idade da criança.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	10/11
2016			

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC...
	Promoção do desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, em contexto de internamento pediátrico	

Intervenção de enfermagem:

- Estimular o recém-nascido (RN), lactente ou a criança
- Incentivar o envolvimento dos pais
- Promover o envolvimento da família
- Promover a ligação mãe-filho
- Providenciar brinquedo
- Providenciar material recreativo
- Vigiar o desenvolvimento do RN, lactente e criança, quando começa a andar
- Vigiar reflexo de sucção
- Monitorizar peso corporal
- Monitorizar perímetro cefálico
- Monitorizar altura corporal
- Efetuar registos
- Referir para a equipa multidisciplinar do centro de desenvolvimento/ consulta/intervenção precoce.

8. ANEXOS

8.1. Escala da avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada 1-12m

8.2. Texto de apoio 1 – Avaliação do Desenvolvimento (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013)

8.3. Folhetos das Atividades Promotoras do Desenvolvimento por idades (1 a 2meses, 3 a 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES
Novembro	de	Novembro de 2019	11/11
2016			

Folhetos das Atividades Promotoras do Desenvolvimento por idades

(1 a 2 meses, 3 a 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses)

Porquê estimular a criança?

A criança é um ser em desenvolvimento, em que o brincar é a base da sua aprendizagem, e na qual os pais têm um papel crucial no seu sucesso.

No primeiro ano de vida são várias as capacidades e habilidades que a criança vai adquirir e desenvolver. A ordem de aparecimento é igual, no entanto a velocidade dessas aquisições variam de criança para criança e, conseqüentemente, a idade de aparecimento também difere.

Se a criança for estimulada na altura certa, vai ser capaz de corresponder e sentir-se-á satisfeita, especialmente se for elogiada! Isto vai contribuir para que cresça com autoestima, confiante e equilibrada.

Porém, não tente apressar o seu desenvolvimento pois só criará frustrações, nela e em vós! Deixem-se guiar por ela, cada criança tem o seu próprio ritmo. Ela saberá quando estará pronta!



**Brinquem muito,
Elogiem muito,
Mimem muito !!!**



Fontes:

Brazelton, T. B. (2010). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção-Geral da Saúde.

Sheridan, M. (2008). *From Birth to Five Years: Children's developmental progress* (3.ª ed.). New York: Routledge.

[Imagem: https://www.google.pt/search?](https://www.google.pt/search?)

UCERN
2016

Elaborado por:

Patrícia Martins, aluna do 7.º CMEESIP da ESEL
sob orientação da EESIP Ana Catana

Como estimular a sua criança?



1 a 2 meses

A criança com 1 a 2 meses de idade

Começa a ser capaz de:

- Imitar sons de satisfação.
- Sorrir e responder ao sorriso, com um sorriso.
- Reconhecer a voz dos pais, e voltar-se em sua direção.
- Tomar consciência das mãos e não mantê-las-fechadas.
- Fixar a face da mãe quando esta a alimenta.
- Estar mais tempo acordada.
- Demonstrar mais interesse visual nos objetos.



Como estimular o desenvolvimento:



- Movimentar objetos coloridos e/ou pendurá-los perto do seu rosto, a uma distância de cerca de 20 cm.
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção e reação.
- Observar a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto.
- Usar a cadeira de balouço.
- Conversar com carinho, aprender a tocar, embalar, estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves.



- Mudar o bebe periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilizar o decúbito ventral para dormir.
- Massajar de forma simples, sem movimentos bruscos, muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos.
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes muito estimulantes.



Porquê estimular a criança?

A criança é um ser em desenvolvimento, em que o brincar é a base da sua aprendizagem, e na qual os pais têm um papel crucial no seu sucesso.

No primeiro ano de vida são várias as capacidades e habilidades que a criança vai adquirir e desenvolver. A ordem de aparecimento é igual, no entanto a velocidade dessas aquisições variam de criança para criança e, conseqüentemente, a idade de aparecimento também difere.

Se a criança for estimulada na altura certa, vai ser capaz de corresponder e sentir-se-á satisfeita, especialmente se for elogiada! Isto vai contribuir para que cresça com autoestima, confiante e equilibrada.

Porém, não tente apressar o seu desenvolvimento pois só criará frustrações nela e em vós! Deixem-se guiar por ela, cada criança tem o seu próprio ritmo. Ela saberá quando estará pronta!



**Brinque muito,
Elogie muito,
Mime muito !!!**



Fontes:

Brazelton, T. B. (2010). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção-Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção-Geral da Saúde.

Sheridan, M. (2008). *From Birth to Five Years: Children's developmental progress* (3.ª ed.). New York: Routledge.

[Images: https://www.google.pt/search?](https://www.google.pt/search?)

UCERN
2016

Elaborado por:
Patrícia Martins, aluna do 7.º CMEESIP da ESEL
sob orientação da EESIP Ana Catana

Como estimular o seu filho?



3 a 4 meses

2016

A criança com 3 a 4 meses de idade



Começa a ser capaz de:

- Sustentar a sua cabeça quando está deitado de bruços.
- Fixar o rosto da mãe sem pestanejar
- Exigir mais atenção, não gosta de estar sozinho.
- Descobrir as mãos, brincando com elas, mantendo-as quase sempre abertas.
- Seguir objetos a 20 centímetros e virar a cabeça na direção dos sons.
- Gritar quando tem fome e vocalizar quando está satisfeito.
- Agarra a roca e leva-a até à face.
- Interessar-se pelo ambiente em redor, observando tudo, o que pode dificultar a sua alimentação.
- Interagir durante mais tempo, a esperar e a provocar respostas.



Como estimular o desenvolvimento:

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto (caretas) e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.
- Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com a criança ao colo. Cantar.
- Mobilizar a criança, evitando que esteja deitada demasiado tempo e na mesma posição.



- Procurar levantá-la devagar pelas mãos, como se fosse sentá-la.
- Oferecer-lhe objetos para segurar.
- Colocar objetos pendentes para que possa segui-los.
- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar a criança chorar desenfadadamente.



Porquê estimular a criança?

A criança é um ser em desenvolvimento, em que o brincar é a base da sua aprendizagem, e na qual os pais têm um papel crucial no seu sucesso.

No primeiro ano de vida são várias as capacidades e habilidades que a criança vai adquirir e desenvolver. A ordem de aparecimento é igual, no entanto a velocidade dessas aquisições variam de criança para criança e, consequentemente, a idade de aparecimento também difere.

Se a criança for estimulada na altura certa, vai ser capaz de corresponder e sentir-se-á satisfeita, especialmente se for elogiada! Isto vai contribuir para que cresça com autoestima, confiante e equilibrada.

Porém, não tente apressar o seu desenvolvimento pois só criará frustrações nela e em vós! Deixem-se guiar por ela, cada criança tem o seu próprio ritmo. Ela saberá quando estará pronta!



**Brinquem muito,
Elogiem muito,
Mimem muito !!!**



Fontes:

Brazelton, T. B. (2010). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde n.º 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção-Geral da Saúde.

Sherridan, M. (2008). *From Birth to Five Years: Children's development/progress* (3.ª ed.). New York: Routledge.

UCERN
2016

Elaborado por:

Patrícia Martins, aluna do 7.º CMEESIP da ESEL
sob orientação da EESIP Ana Catarina

Como estimular a sua criança?



6 Meses

2016

A criança com 6 meses de idade



Começa a ser capaz de:

- ♦ Controlar os movimentos da cabeça.
- ♦ Ficar sentado, se estiver apoiado por almofadas.
- ♦ Rebolar.
- ♦ Segurar objetos e leva-os à boca.
- ♦ Emitir sons, rir-se e dar gargalhadas.
- ♦ Explorar brinquedos e objetos.
- ♦ Explorar o ambiente em redor e em todas as direções, muito ativa, atenta e curiosa.
- ♦ Esticar os braços para ser pegado ao colo.



Como estimular o desenvolvimento:

- ♦ Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com a criança.
- ♦ Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-la a passar o objeto de uma mão para a outra.
- ♦ Sentá-la com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.



- ♦ Colocar a criança num tapete adequado (ou na cama do hospital com as grades levantadas) e incentivá-la a deslocar-se rolando, e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe.
- ♦ Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem).
- ♦ Ritual do sono reforçado antes de dormir.



Porquê estimular a criança?

A criança é um ser em desenvolvimento, em que o brincar é a base da sua aprendizagem, e na qual os pais têm um papel crucial no seu sucesso.

No primeiro ano de vida são várias as capacidades e habilidades que a criança vai adquirir e desenvolver. A ordem de aparecimento é igual, no entanto a velocidade dessas aquisições variam de criança para criança e, conseqüentemente, a idade de aparecimento também difere.

Se a criança for estimulada na altura certa, vai ser capaz de corresponder e sentir-se-á satisfeita, especialmente se for elogiada! Isto vai contribuir para que cresça com autoestima, confiante e equilibrada.

Porém, não tente apressar o seu desenvolvimento pois só criará frustrações nela e em vós! Deixem-se guiar por ela, cada criança tem o seu próprio ritmo. Ela saberá quando estará pronta!



**Brinquem muito,
Elogiem muito,
Mimem muito !!!**



Fontes:

Brazelton, T. B. (2010). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção-Geral da Saúde.

Sheridan, M. (2008). *From Birth to Five Years: Children's developmental progress* (3.ª ed.). New York: Routledge.

[Imagens:https://www.google.pt/search?](https://www.google.pt/search?)

UCERN
2016

Elaborado por:

Patrícia Martins, aluna do 7.º CMEESIP da ESEL
sob orientação da EESIP Ana Catarina

Como estimular o seu filho?



9 Meses

2016

A criança com 9 meses de idade



Começa a ser capaz de:

- ◆ Manter-se sentada sem apoio, rastejar ou gatinhar.
- ◆ Passar da posição sentado para deitado ou consegue manter-se agarrado à mobília/grades.
- ◆ Observar atentamente a atividade das pessoas e animais.
- ◆ Iniciar movimentos finos com os dedos das mãos.
- ◆ Segurar no copo quando bebe e mastiga pequenos pedaços de alimentos.
- ◆ Reconhecer o próprio nome, bater palmas e acenar.
- ◆ Utilizar monossílabos ou sons para se exprimir (pa-ta-mã).
- ◆ Distinguir os familiares dos estranhos (reação negativa a estranhos).
- ◆ Apontar com o dedo indicador e empurrar pequenos objetos.
- ◆ Atirar objetos ao chão deliberadamente e procurar o objeto que cai.

Como estimular o desenvolvimento:

- ◆ Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento.
- ◆ Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-la a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia.
- ◆ Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa.
- ◆ Oferecer papel para amassar e rasgar.
- ◆ Dar a experimentar diferentes texturas.
- ◆ Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ela «resolva o problema».



- ◆ Brincar ao «esconde-esconde».
- ◆ Ser firme e terno no «não».
- ◆ Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...).
- ◆ Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto.
- ◆ Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.



Porquê estimular a criança?

A criança é um ser em desenvolvimento, em que o brincar é a base da sua aprendizagem, e na qual os pais/cuidadores têm um papel crucial no seu sucesso.

No primeiro ano de vida são várias as capacidades e habilidades que a criança vai adquirir e desenvolver. A sua ordem é semelhante, no entanto a velocidade dessas aquisições variam de criança para criança e, conseqüentemente, a idade de aparecimento também difere.

A criança deve ser estimulada e cada conquista será vivenciada com satisfação especialmente se for elogiada! Isto vai contribuir para que cresça com autoestima e confiante!

Porém, não tente apressar o seu desenvolvimento pois o insucesso criará frustrações, insegurança e baixa autoestima! Deixem-se guiar por ela, cada criança tem o seu próprio ritmo!



**Brinquem muito,
Elogiem muito,
Mimem muito !!!**



Fontes:

Brazelton, T. B. (2010). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção-Geral da Saúde.

Sheridan, M. (2008). *From Birth to Five Years: Children's development/ progress* (3.ª ed.). New York: Routledge.

<https://www.google.pt/search?q=bebe+e+o+ambiente&espv=2&biw=1600&bih=770&source=ln>

q=bebe+e+o+ambiente&espv=2&biw=1600&bih=770&source=ln

UCERN
2016

Elaborado por:

Patrícia Martins, aluna do 7.º CMEESIP da ESEL
sob orientação da EESIP Ana Catana

Como estimular a sua criança?



12 Meses

2016

A criança com 12 meses de idade

Começa a ser capaz de:

- ◆ Sentar-se com equilíbrio, gatinha e consegue pôr-se de pé.
- ◆ Andar agarrado à mobília, podendo começar a andar sozinho.
- ◆ Compreender ordens simples e apresenta vocabulário de 3 a 5 palavras.
- ◆ Compreender nomes de objetos ou pessoas familiares.
- ◆ Localizar duas partes do corpo.
- ◆ Bater palmas com ritmo e gosta de brinquedos com som.



Como estimular o desenvolvimento:

- ◆ Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança.
- ◆ Reagir calmamente e com firmeza às birras.
- ◆ Manter os rituais do sono.
- ◆ Contar histórias
- ◆ Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas.



- ◆ Oferecer jogos de encaixe
- ◆ Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos.
- ◆ Falar sobre as separações (ex. a mãe já volta) com antecedência progressiva e cumprir as promessas.



Apêndice V
Estudo de Caso Clínico

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

O problema que deu origem ao projeto de aprendizagem foi os stressores que afetam o desenvolvimento infantil e a parentalidade no processo de saúde, tal como as suas implicações para o desenvolvimento saudável e para o processo de cuidados. Assim, foi delineado como objeto de estudo deste estágio, as intervenções/estratégias/modos de agir ou interagir dos enfermeiros na promoção do desenvolvimento infantil.

Nesta perspetiva, estando num contexto especializado de promoção do desenvolvimento infantil aos três níveis de prevenção, como é o Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), cuja atividade assistencial consiste na prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de doenças neurológicas, agudas e crónicas, e perturbações do desenvolvimento psicomotor (CDC-HGO, 2016), desenvolvi um estudo de caso para aprofundar conhecimentos nesta área de atuação particular do Enfermeiro Especialista de Enfermagem da Criança e do Jovem, como é a promoção “do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8653).

No contexto do estudo científico do desenvolvimento, o estudo de caso é um dos quatro modelos básicos de pesquisa de desenvolvimento, que permite o exame de um indivíduo, que oferecem informações úteis e minuciosas (Papalia, Olds, & Feldman, 2009), motivo pelo qual foi considerado neste processo formativo. Permite igualmente explicar as origens de comportamentos, testar intervenções e sugerir a necessidade de outras pesquisas, sendo a flexibilidade uma vantagem deste, permitindo ao investigador explorar caminhos de pesquisa que surgem no decorrer do estudo (Papalia et al., 2009).

O objetivo deste estudo de caso é identificar as necessidades da criança atendendo aos stressores presentes, elaborar um plano de cuidados onde se procurou descrever o contributo do EEESIP na promoção do desenvolvimento infantil a um lactente, num contexto especializado de cuidados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, descritivo, holístico, com abordagem qualitativa, clínico com base na Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Na seleção da família, foram definidos como critérios de inclusão: ser lactente, que apresentasse pelo menos um stressor ao desenvolvimento infantil adequado, que frequentasse as consultas de Neonatologia de *Follow-up* do CDC, e que tivesse consulta agendada entre 3 a 5 de Janeiro de 2017.

Para a recolha de dados, recorreu-se a fontes documentais, como os registos clínicos disponíveis, a entrevista aos pais, a observação da criança, exame físico com recurso à somatometria e escala de desenvolvimento *de Mary Sheridan* modificada. Para avaliação familiar, recorreu-se aos instrumentos disponibilizados pelo sistema de informação *S clínico*, como o Apgar Familiar (avalia a funcionalidade da família), Escala de Graffar (avalia o *status* socioeconómico das famílias) e o Ciclo de Vida Familiar de Duvall (Hockenberry & Wilson, 2014).

A recolha dos dados foi realizada num único momento, no âmbito de uma consulta de enfermagem programada, no CDC, no dia 5 de janeiro de 2017. Estes foram analisados e organizados a partir da identificação dos stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais), como proposto no Modelo de Sistemas, e a partir destes, foram identificados os diagnósticos de Enfermagem. Estes foram realizados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Ordem Dos Enfermeiros, 2011) e planeadas as intervenções. O Objetivo da elaboração deste estudo de caso foi o planeamento de intervenções que visam a promoção do desenvolvimento da criança, e consequentemente, a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

O papel do investigador no estudo de caso foi de observação participativa.

A família selecionada foi informada do âmbito e objetivos do estudo, assentindo o seu consentimento oral, livre e esclarecido.

COLHEITA DE DADOS

Identificação da Criança:

Nome: A.

DN: 26-06-2016

Sexo: Masculino

Idade Gestacional: 32 semanas + 2 dias

Peso à nascença: 1610gr

Tipo de parto: distócico (cesariana, por pré-eclampsia materna)

Índice de Apgar: 5/9/10

Vigilância da gravidez: vigiada em contexto particular

Intercorrências ao nascimento: Prematuridade e Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR) precoce

Antecedentes maternos:

Idade materna: 32 anos

Índice Obstétrico: 0001

Nº filhos vivos: 1

Gravidez desejada: sim

Patologias: Hipertensão arterial (induzida pela gravidez); infertilidade

Escolaridade: Licenciatura

Profissão: Editora de imagem

Situação profissional: ativa

Nacionalidade: Portuguesa

Religião: Católica

Antecedentes paternos:

Idade paterna: 40 anos

Nº filhos vivos: 1

Gravidez desejada: sim

Patologias: epilepsia

Escolaridade: Licenciatura

Profissão: Publicitário

Situação profissional: não ativo

Nacionalidade: Portuguesa

Religião: Católica

Avaliação familiar:

Tipo de família: Nuclear

Ciclo de Vida Familiar Duvall: Estádio II - família com filhos pequenos

Escala de *Graffar*: Classe média

Apgar familiar: Família funcional

Suporte familiar: Avós maternos e padrinhos do A.

Exame objetivo

Idade cronológica: 6m+10d

Idade corrigida: 4m+21d

Peso: 7380 gr (Percentil >50<85)

PC: 43,6 cm (Percentil – 85)

Estatura: 64 cm (Percentil >15<50)

PNV: cumprido

Alimentação: Alimentação diversificada (sopa, fruta, papa e iogurte) e leite adaptado

Sono e repouso: dorme em cama de grades e quarto individual, sono tranquilo durante toda a noite, com rotina instituída.

Eliminação: vesical e intestinal regular.

Integração educativa: ficará em casa com o pai até ao ano de idade

Vigilância de saúde: Centro de Saúde e pediatra particular

Terapias: Terapia ocupacional no CDC

Desenvolvimento: Escala *Mary Sheridan*

- ❖ Postura e Motricidade Global: Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços, Tração pelas mãos, faz força para se sentar. Mantém-se sentado sem apoio durante breves segundos, em decúbito dorsal, apresenta uma postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Ligeira hipertonia a nível da cintura escapular à esquerda.
- ❖ Visão e Motricidade Fina: Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em direção à face, já com tentativa de transferência de objetos.
- ❖ Audição e Linguagem: dá gargalhadas, vocaliza sons monossílabos

- ❖ Comportamento e Adaptação social: muito ativo, curioso e atento a estímulos sonoros e luminosos.

ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS SEGUNDO BETTY NEUMAN

Os dados colhidos, foram identificados e categorizados em variáveis segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, conforme apresentado na Tabela 1.

Variáveis	Lactente	Família
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prematuridade; ▪ SDR precoce ao nascimento; ▪ Baixo peso ao nascer; ▪ Eliminação: vesical e intestinal regular. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologia materna; ▪ Patologia paterna
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temperamento fácil ▪ Boa Interação pais-bebés 	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto do nascimento prematuro e hospitalização;
Socioculturais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vive com os pais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe média ▪ Suporte familiar ▪ Desemprego paterno
Desenvolvimentais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom desenvolvimento estatopondural; ▪ Bom desenvolvimento psico-motor, com ligeira hipertonia a nível da cintura escapular à esquerda. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transição para a parentalidade; ▪ Estádio II - família com filhos pequenos
Espirituais		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Religião católica

Tabela 1 - Categorização dos Dados Colhidos em Variáveis segundo o Modelo de Sistemas

Posteriormente, identificaram-se alguns stressores, isto é, estímulos produtores de tensão, que podem ser categorizados em interpessoais, intrapessoais ou extrapessoais (Neuman & Fawcett, 2011), e que poderão afetar o desenvolvimento da criança:

- **Intrapessoais**: prematuridade, baixo peso ao nascer, Síndrome de Dificuldade Respiratória precoce, ligeira hipertonia a nível da cintura escapular à esquerda.
- **Interpessoais**: Patologias familiares (epilepsia e Hipertensão), infertilidade, mãe primípara e complicação pré-natal (parto distócico).
- **Extrapessoais**: Internamento prolongado na Unidade de Neonatologia (30 dias), desemprego paterno.

Neste seguimento, e tendo em conta o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009) verifica-se que a criança em estudo apresenta risco grave de atraso de desenvolvimento, não sendo no entanto, elegível para este sistema, uma vez que não acumula 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (sendo identificado apenas 2: prematuridade < 33 semanas e complicação pré-natal).

No entanto, foram identificados igualmente alguns fatores de proteção, que incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem, o desenvolvimento individual e social, que podem remover ou minorar o impacto dos stressores (Direção-Geral da Saúde, 2011). Na criança foram identificados o temperamento fácil, boa interação pais-bebé, bom nível de desenvolvimento global face à idade corrigida.

No contexto familiar, foram identificadas boas competências parentais, boa rede de suporte familiar e social, família organizada, com regras e controle da criança, boa integração comunitária, com capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (saúde). Apresenta também como stressor o desemprego paterno.

Considerando as Teorias do Desenvolvimento, verifica-se que a criança, na perspetiva psicanalítica, particularmente, a teoria psicosexual de Freud, encontra-se na fase oral (levando constantemente as mãos e objetos à boca, em busca de prazer) e pela teoria psicossocial de Erikson encontra-se na fase um, no desenvolvimento do sentimento de confiança (Papalia et al., 2009). Na perspetiva cognitiva, segundo a abordagem piagetiana, encontra-se no estadio sensório motor, e subestadio de reações circulares secundárias (mostra-se mais atento ao ambiente, desenvolvendo ações intencionais e repetidas não apenas em proveito próprio, mas para alcançar resultados que vão além de si próprio) (Papalia et al., 2009).

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Perspetivando o modelo de intervenção sistémico de desenvolvimento infantil desenvolvido por Brazelton, tendo em conta a idade corrigida da criança, são considerados 5 aspetos neste *touchpoint*: afetos (laços emocionais fortes entre os bebés e os pais, através de padrões de interação mais definidos); interesse pelo mundo (a criança começa a interessar-se pelo ambiente); padrões de cuidados (as rotinas de cuidados definidas, com efeitos na autoconfiança parental – as rotinas da alimentação e do sono tornam-se mais previsíveis); exigências do bebé (a criança

exige cada vez mais atenção, satisfazendo o desejo de relação dos pais, ou frustrá-los quando não são capazes de as satisfazer); e o envolvimento do pai (criança mais comunicativa, os pais veem maiores oportunidades de estabelecerem relações com ela, o que poderá causar perda de intimidade na mãe) (Brazelton, 2009).

Considerando que a esfera de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, tem como focos de intervenção a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2015), assim como os dados colhidos, surge o seguinte plano de cuidados (Tabela 2), elaborado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Ordem Dos Enfermeiros, 2011) e o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007):

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Desenvolvimento Infantil	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil; ▪ Ensinar os pais sobre o desenvolvimento infantil. 	Ganhos de conhecimentos por parte dos pais sobre desenvolvimento infantil; Bom desenvolvimento global.
Vinculação	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a vinculação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar comportamentos de vinculação (4 a 6 meses) ▪ Avaliar conhecimento dos pais para promover a vinculação; ▪ Ensinar os pais sobre vinculação; ▪ Informar para o papel parental; 	Ganhos de conhecimento dos pais sobre vinculação segura; Sem risco de vinculação comprometida.
Precaução de Segurança	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de acidentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes; ▪ Ensinar os pais sobre medidas de segurança; ▪ Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes. 	Ganhos em conhecimentos dos pais sobre prevenção de acidentes

Tabela 2 – Plano de Cuidados

Na intervenção, ensinar os pais sobre o desenvolvimento infantil, torna-se crucial aprofundar as atividades promotoras do desenvolvimento, considerando a idade corrigida da criança e as suas competências já adquiridas:

- Mobilizá-lo, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição;
- Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia;
- Colocar o bebé num tapete adequado, incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas arredadas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra;
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem);
- Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o bebé;
- Repetir os sons que o bebé faz, rir quando ele rir;
- Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão;
- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente;
- Falar da ansiedade de separação e o medo dos estranhos (Brazelton, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

CONCLUSÃO

Durante a consulta de enfermagem, os pais verbalizaram pouco estímulo ao lactente, no que toca ao desenvolvimento motor, centrando-se mais na interação com a criança. No entanto, considerando os stressores presentes para o desenvolvimento infantil neste estudo de caso clínico, nomeadamente no que toca à presença de uma ligeira hipertonia a nível da cintura escapular à esquerda, verifica-se a importância e a necessidade de recorrer à orientação antecipatória como estratégia na promoção

do desenvolvimento infantil, salientando a relevância das atividades promotoras do desenvolvimento na criança, e conseqüentemente na família, perspetivando o equilíbrio do sistema familiar.

Nesta perspetiva, permite elucidar a importância do contributo que o EEESCJ tem no sucesso do sistema familiar, adotando uma abordagem holística e centrada na família. Recorrendo a referenciais teóricos, integrados na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, como o Modelo de Sistemas de Betty Neuman permitindo a estruturação do pensamento e intervenção do enfermeiro especialista.

Verifica-se igualmente o contributo deste método básico de pesquisa, no desenvolvimento de competências para enfermeira especialista, permitindo a aquisição e consolidação de conhecimentos na área da promoção do desenvolvimento infantil.

Como limitações a este estudo de caso clínico, salienta-se o curto contacto com esta família (uma única consulta, com tempo limitado), considerando essencial uma melhor avaliação da dinâmica familiar, recorrendo por exemplo a instrumentos como o genograma, ecomapa ou instrumentos de avaliação de risco familiar.

BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- CDC-HGO. (2016). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva. Obtido 2 de Janeiro de 2017, de <http://www.cdc-hgo.com/?lop=>
- Decreto-Lei n.º 281/2009. (2009). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). *Diário da República*, 1^a série(N.º 193 — 6 de Outubro de 2009), 7298–7301.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direcção- Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção- Geral da Saúde.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9^a). Loures, Portugal: Lusociência.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5.^a ed.). Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2^a Série, 35(18 de Fevereiro de 2011), 8653–8656.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 351/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 119 — 22 de junho de 2015, 16660–16665.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- 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.

Apêndice VI
Journal club

Tipo de estudo: Quantitativo, experimental. Método de amostragem aleatória simples.


Objetivo: Comparar 2 abordagens de Intervenção Precoce (IP) a crianças em risco de atraso de desenvolvimento (Grupo submetido a Intervenção neuro comportamental e outro Grupo submetido aos cuidados habituais), através da percepção dos pais sobre a sua qualidade.

Hipótese: Em comparação com famílias que recebem cuidados habituais, os pais submetidos à intervenção neuro comportamental têm uma maior percepção da qualidade em três áreas:

1. O Serviço de IP;
2. A utilidade do serviço prestado pelo profissional, de orientação antecipatória;
3. A sua própria capacidade de interagir socialmente com o seu recém-nascido de alto risco.

3

Amostra

Critérios de inclusão	Tamanho da amostra
<ul style="list-style-type: none">• Crianças em risco de atraso no desenvolvimento, encaminhadas para programas de IP, entre janeiro e agosto de 2004;• Ter menos de 12 semanas de idade corrigida;• Pais como principais cuidadores da criança;• Pais fluentes em Inglês <p style="text-align: center;"></p> <p>Os participantes foram selecionados aleatoriamente para cada grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none">• 38 lactentes:<ul style="list-style-type: none">✓ grupo de intervenção = 25✓ grupo de controlo = 13.

Profissionais envolvidos

- Assistentes sociais
- Educadores
- Fisioterapeutas

4

Intervenção

- **Semana 1:** avaliação do desenvolvimento;
- **Semana 2:** criação de um plano individualizado de serviços familiares - descrevendo as prioridades e preocupações, resultados de avaliação de desenvolvimento, metas e estratégias de intervenção;
- **Semanas 3-7:** intervenção semanal por um profissional de IP.

Duração: 7 semanas

Contexto: Domicílio da criança

5

Intervenção

Grupo de intervenção	Grupo de controlo
<ul style="list-style-type: none">• Recebeu 7 visitas domiciliárias de um profissional de IP certificado na NBO;• Estratégias de intervenção orientadas pela NBO;• Em cada visita domiciliária, o profissional aplicou a NBO com os pais e discutiu a autorregulação da criança e como esses comportamentos contribuíram para a relação pais-bebé.	<ul style="list-style-type: none">• Recebeu 7 visitas domiciliárias de um profissional de IP não certificado na NBO;• As visitas consistiram na promoção de atividades promotoras do desenvolvimento, consideradas apropriadas para a idade corrigida da criança.

6

NBO - Newborn Behavioral Observation

- Sistema de observação do comportamento do recém-nascido;
- Surgiu da aplicação clínica da NBAS, desenvolvida por Brazelton;
- Usado como instrumento promotor da vinculação e facilitador da transição para a parentalidade;
- Pode ser utilizado desde o nascimento até aos 3 meses de vida do bebé em diversos contextos clínicos;
- Consiste em 18 itens comportamentais que permitem observar:
 - 1) a capacidade de habituação do bebé face a estímulos sonoros e luminosos;
 - 2) a qualidade do tónus muscular e o nível de atividade;
 - 3) a capacidade de autorregulação;
 - 4) a resposta ao stress;
 - 5) as capacidades visuais, auditivas e interativas do bebé.

Observação do Comportamento do Recém-Nascido (NBO) - FOLHA DE REGISTO

Nome: _____ Sexo: _____ Data nascimento: ____/____/____
 Data da observação: ____/____/____ Idade gestacional: ____
 Peso: _____ Parto: _____
 Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____
 Alimentação: _____ Local da observação: _____
 Presentes na observação: _____ Observador: _____

COMPORTAMENTO	CLASSIFICAÇÃO			INDICADORES ANTECIPATORIOS
	1	2	3	
1. Habituação à luz	Fácil	Intermediária	Difícil	Padrões de sono
2. Habituação ao som (ruido)	Fácil	Intermediária	Difícil	Protecção do sono
3. Tónus muscular (extrem)	Forte	Intermediária	Hiper/Hipo	Tónus Muscular
4. Pontos cardiais	Forte	Intermediária	Fraco	Facilitadores de alimentação
5. Sucção	Forte	Intermediária	Fraco	Contacto manual
6. Pressão palmar	Forte	Intermediária	Fraco	Tónus Muscular
7. Tónus do pescoço e ombro (pass e mani)	Forte	Intermediária	Fraco	Posição de dormir
8. Rastrear	Forte	Intermediária	Fraco	
9. Resposta à face e à voz	Bou resposta	Intermediária	Não responde	Interação social
10. Resposta visual (face)	Bou resposta	Intermediária	Não responde	Visão
11. Orientação à voz	Bou resposta	Intermediária	Não responde	Audição
12. Orientação ao som (ruido)	Bou resposta	Intermediária	Não responde	Audição
13. Orientação visual (objet)	Bou resposta	Intermediária	Não responde	Itens de comunicação
14. Choro	Pouco	Ocasional	Muito	Choro e consolação
15. Consolação	Fácil	Intermediária	Difícil	Auto-apaziguamento
16. Regulação dos estados	Bou	Intermediária	Não organizada	Regulação de estados
17. Resposta ao stress (movimen, tensão e modificação da cor da pele)	Pouco stressado	Intermediária	Muito stressado	Limiar da excitabilidade
18. Nível de Actividade	Ótima	Moderada	Ata/Baixa	Postura e intervenções de apoio

PERTI, Sumário e Recomendações

Forças: _____

Vulnerabilidades: _____

Comentários adicionais: _____

Instrumento

- Home Visiting Index: 25 itens, escala tipo *Likert* de 4 pontos (1-plenamente de acordo e 4-discordo totalmente), que inclui 3 subescalas:
 - ✓ De orientação antecipatória (12 itens):
 - “O profissional deu-me bons conselhos sobre alimentação”;
 - “O profissional deu-me bons conselhos sobre como cuidar de meu bebé”;
 - “O profissional disse-me que mudanças comportamentais eu poderia esperar semanalmente no meu bebé”.
 - (...)
 - ✓ De apoio e envolvimento dos pais (7 itens):
 - “O profissional ouviu atentamente o que eu tinha a dizer sobre o meu filho”;
 - “O profissional encorajou-me a falar sobre os problemas que tenho com o meu filho”;
 - “Desenvolvi uma relação forte com o profissional que me visitou”.
 - (...)
 - ✓ De interação social pais-criança (6 itens):
 - “O profissional ajudou-me a entender o meu bebé”;
 - “Eu aprendi a ver pequenas mudanças de comportamento do meu bebé”;
 - “Estou confiante de que posso transmitir as especificidades do meu bebé”.
 - (...)

Resultados

- Os pais de lactentes no grupo de intervenção têm uma maior perceção da qualidade dos cuidados de IP, relacionada com a promoção da interação Pais-bebé, com significância estatística ($p = 0,02$).
- Os resultados sugerem que a integração, na IP, de um modelo neuro comportamental baseado na NBO pode estar também associada a uma maior perceção da qualidade e satisfação relativamente à prestação de cuidados.
- Os pais do grupo de intervenção neuro comportamental foram mais propensos a relatar que os cuidados de intervenção precoce, promoveram a interação social entre pais e filhos, mas não a orientação antecipatória ou o envolvimento e suporte aos pais.

9

Limitações do estudo

- Dimensão da amostra ser reduzida, o que contribuiu para o desequilíbrio entre os grupos de intervenção e controlo.
- Diferenças discerníveis entre grupos, nomeadamente características sociodemográficas.

10

Implicações para a prática

- Os resultados sugerem que um modelo neuro-comportamental pode ser incorporado para famílias com crianças de risco;
- A intervenção neuro-comportamental aparenta estar associada a uma maior percepção, pelos pais, da qualidade dos cuidados que promovem a interação pais-bebê.
- Pesquisas futuras devem comprovar os resultados obtidos, com uma maior e mais diversa amostragem.

11

Bibliografia

- McManus, B. M., & Nugent, J. K. (2014). A Neurobehavioral Intervention Incorporated into a State Early Intervention Program is Associated with Higher Perceived Quality of Care Among Parents of High-Risk Newborns. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 41(3), 381–389. <http://doi.org/10.1007/s11414-012-9283-1>

12

Apêndice VII

Proposta de alterações ao PNSIJ a enviar para a Direcção-Geral da Saúde

FUNDAMENTAÇÃO

Brazelton é dos pediatras contemporâneos que mais se tem destacado na área do desenvolvimento infantil, na medida em que desenvolveu um modelo de intervenção sistémica, designado *Touchpoints*, baseando-se nas experiências do comportamento da criança com o meio envolvente, no qual se enfatiza a prevenção através de cuidados antecipatórios e a construção de relações de parceria entre pais e profissionais (Brazelton, 2013)

Touchpoints ou Pontos de Referência são períodos que ocorrem durante os três primeiros anos de vida em que os esforços de desenvolvimento da criança podem resultar numa rutura pronunciada da vida familiar (Brazelton & Greenspan, 2009).

É inegável o contributo de Brazelton nos cuidados de saúde infantil em Portugal, quer na área da medicina, onde Gomes-Pedro foi pioneiro ao promover o seu legado desde a década de 80 (na prática clínica e no ensino da medicina); quer na área da enfermagem, onde se verifica a influência do Modelo *Touchpoints* no quadro regulador da profissão, na área de enfermagem da saúde da criança e do jovem, nomeadamente através dos Guias Orientadores de Boas Práticas nesta área da especialidade.

De igual modo, também no atual Programa Nacional de Saúde infantil e Juvenil (PNSIJ) se pode encontrar a sua influência, verificando-se implicitamente, neste Programa, a mobilização dos princípios orientadores e pressupostos parentais constituintes do Modelo *Touchpoints*, seguidamente referidos:

Princípios Orientadores dos Touchpoints

- Compreenda e valorize a sua relação com os pais;
- Use o comportamento da criança como linguagem;
- Reconheça aquilo que traz para a interação;
- Esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional;
- Aproveite as oportunidades para promover a mestria parental;
- Concentre-se na relação entre os pais e a criança;
- Valorize a paixão onde quer que a encontre;

- Considere a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades (Brazelton, 2009).

Pressupostos parentais

- Os pais são os peritos dos seus filhos;
- Todos os pais têm forças;
- Todos os pais querem fazer bem com os seus filhos;
- Todos os pais têm algo a partilhar em cada etapa do desenvolvimento;
- Todos os pais têm sentimentos ambivalentes;
- A parentalidade é um processo contruído por tentativa e erro (Brazelton & Sparrow, 2003).

A aplicação deste Modelo tem demonstrado potenciar as relações entre pais e filhos, ter impacto nos resultados de desenvolvimento infantil, nos indicadores de saúde mental materna, nas relações entre os profissionais e as famílias, aumentando significativamente o conhecimento dos profissionais sobre o desenvolvimento da criança e sobre as relações com as famílias (Brazelton Touchpoints Center, 2008), sendo estes objetivos primordiais da vigilância da saúde infantil, perspetivando o desenvolvimento de gerações e comunidades saudáveis.

Reconhecendo a evidência sobre o Modelo *Touchpoints* nos cuidados às crianças e suas famílias, e no desempenho dos profissionais, pretende-se elaborar uma proposta da sua integração nas diretivas nacionais, no que toca à vigilância e promoção de saúde infantil e juvenil. Assim, numa primeira etapa, pretende-se analisar o que se encontra de implícito deste Modelo no atual PNSIJ e, numa segunda etapa, formular uma proposta de modo a tornar mais explícita a sua integração, com potencial uniformização de boas práticas em Portugal.

ANÁLISE DO ATUAL PNSIJ COM BASE NO MODELO TOUCHPOINTS

1. Análise das Linhas Mestras do PNSIJ

Uma das linhas mestras deste programa de atuação é a “valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 7).

Também o Modelo *Touchpoints* assenta na promoção da saúde, enfatizando a prevenção através dos cuidados antecipatórios em cada *Touchpoint*, onde a consciencialização dos pontos de referência e das estratégias para os abordar pode ajudar as famílias a reduzir os padrões negativos (stressores) que podem resultar em problemas de sono, alimentação, disciplina, etc. (Brazelton & Greenspan, 2009). Este aspeto vai ao encontro de outra linha mestra do PNSIJ, que se constitui como prioridade: “o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 7); como hoje sabemos, o temperamento individual dos bebés influencia o modo como prestam atenção e absorvem os estímulos orientadores dos pais e influencia também as reações dos pais face aos seus filhos (Brazelton, 2013).

Por sua vez, a linha mestra do Programa que sublinha a relevância da “deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 7), também se enquadra no Modelo *Touchpoints*, uma vez que este é considerado um Modelo de intervenção precoce (Brazelton, 2013).

2. Cuidados antecipatórios

No que toca aos temas dos cuidados antecipatórios, muitos são comuns ao modelo *Touchpoints*, como os que se relacionam com a alimentação, a segurança e a relação emocional. Saliencia-se também o tema do sono, onde são referidos os cuidados defendidos por Brazelton, nomeadamente que se deve promover a

autorregulação da criança a partir dos 4 meses, (Brazelton, 2013; Brazelton & Sparrow, 2004; Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Também as atividades promotoras do desenvolvimento têm por base os cuidados antecipatórios do brincar defendido por Brazelton. A reação ao estranho é igualmente um cuidado antecipatório abordado quer no PNSIJ quer no Modelo *Touchpoints*.

Verifica-se igualmente, no âmbito desta análise, que, para além dos cuidados antecipatórios sugeridos no PNSIJ, o Modelo *Touchpoints* apresenta outros que permitem às famílias conhecerem, compreenderem e anteciparem um surto de desenvolvimento, pois os *Touchpoints* constituem-se como um mapa do desenvolvimento infantil que pode ser identificado e antecipado pelos pais, educadores e profissionais (Brazelton & Sparrow, 2003). Segundo Brazelton, a aquisição de novas competências por parte da criança, pode perturbar temporariamente o progresso da criança e de toda a família; contudo, se os pais possuírem esse conhecimento, este poderá ajudá-los a compreenderem o desenvolvimento do seu filho e a prepararem-se antecipadamente para os desafios próprios de cada idade (Brazelton, 2010), **o que se considera uma vantagem acrescida para a implementação deste modelo no programa.**

3. Análise da Periodicidade das consultas

PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013)	Modelo Touchpoints (Brazelton, 2013)
1ª semana de vida	Recém-nascido
1 mês	3 semanas
2 meses	6 a 8 semanas
4 meses	4 meses
6 meses	7 meses
9 meses	9 meses

Como se pode verificar, as idades chaves do modelo e do programa em vigor são muito semelhantes. No entanto, o programa prevê a harmonização das consultas com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2013), sugerindo as idades chaves apresentadas.

4. Texto de apoio 1 - Avaliação do desenvolvimento

Como se afirma no PNSIJ relativamente à avaliação do desenvolvimento, “este processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor, monitorizado através da valorização das observações dos pais, da história clínica, do reconhecimento dos fatores de risco e da observação da criança” (DGS, 2013, p.59). Reconhecem-se aqui os pressupostos parentais anteriormente apresentados, “Os pais são os peritos dos seus filhos” e “Todos os pais têm algo a partilhar em cada etapa do desenvolvimento”, assim como o princípio orientador “Use o comportamento da criança como linguagem.”

Também as afirmações do PNSIJ: “Os pais, familiares e educadores acompanham a criança durante muito mais tempo do que os profissionais de saúde. Além disso, convivem com ela num meio onde a mesma se expressa mais à vontade. Há que valorizar, até prova em contrário, as suspeitas e preocupações veiculadas espontaneamente pelos pais e educadores”; “a investigação tem demonstrado a importância da valorização das observações e preocupações dos pais” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 59); e, “Proporcionar aos pais/cuidadores a oportunidade de expressar as suas suspeitas. Até prova em contrário, há que valorizá-las, bem como as referidas por outros familiares e educadores” (DGS, 2013, p. 60) se identificam com os pressupostos parentais “Os pais são os peritos dos seus filhos” e “Todos os pais têm algo a partilhar em cada etapa do desenvolvimento”.

Igualmente, a afirmação do PNSIJ em que se sublinha que “o ambiente da consulta, bem como a atitude dos profissionais, deverão propiciar aos pais um à vontade suficiente para se exprimirem sem receio e veicularem as suas dúvidas. É exigível, assim, um tempo de consulta mínimo para se criar esse ambiente e permitir a formulação de dúvidas e expectativas, assim como a discussão das situações” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 59), se relaciona com os princípios “Compreenda e valorize a sua relação com os pais”, “Reconheça aquilo que traz para a interação” e “Concentre-se na relação entre os pais e a criança”.

O aspeto prático nº7 das Recomendações práticas “observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta, incluindo a fase do exame físico. Dar-lhe a oportunidade para revelar as suas capacidades e habilidades, o que deverá ser observado de um modo discreto. Nos dois primeiros anos de vida, há que atender à idade gestacional da criança” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 60), traduz

claramente o princípio orientador do Modelo *Touchpoints*, “Use o comportamento da criança como a sua linguagem.”

Assim, verifica-se uma influência significativa do Modelo *Touchpoints* no PNSIJ, o que também se pode verificar nas referências bibliográficas que o sustentam¹.

PROPOSTA PARA O NOVO PNSIJ

Com base no anteriormente exposto, propõe-se a integração das seguintes afirmações nas recomendações práticas do texto de apoio avaliação do desenvolvimento:

- Utilizar o comportamento da criança como linguagem, observando-o desde que entra até que sai da consulta, estando atento a: aspetos do seu desenvolvimento motor e psicossocial; a como se relaciona com os outros, e como isso afeta a família; concentrando-se, também, na relação entre os pais e a criança (qualidade da interação entre ambos), para identificar áreas de potencial apoio à relação família/criança e ao seu desenvolvimento e intervir.
- Aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental, com recurso ao reforço positivo, inculcando, assim, a satisfação, autoestima, confiança e motivação nos pais no desempenho do seu papel, assim como na relação com o(s) profissional(ais), fazendo-os sentir-se capacitados e apoiados. Uma estratégia, é recorrer à observação partilhada do comportamento da criança - os pais são peritos nos seus filhos e têm sempre algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento.

¹ Brazelton B, Greenspan S. A criança e o seu mundo. Lisboa: Editorial Presença. 6.ª edição. 2006
Brazelton B, Sparrow D. A criança e a alimentação. Lisboa: Editorial Presença. 2004
Brazelton B, Sparrow D. A criança e a disciplina. Lisboa: Editorial Presença. 2004
Brazelton B, Sparrow J. A criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento. Lisboa: Editorial Presença. 2.ª edição. 2004
Brazelton B. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Ed. Terramar. 1992
Brazelton B. O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. Lisboa: Editorial Presença. 9.ª edição. 1992
Brazelton B. *Touchpoints Practice: Lessons learning from training and implementation*. New York: Addison-Wesley. 1992

- Valorizar a paixão onde quer que se encontre - todos os pais têm forças e querem o melhor para os seus filhos; no entanto, todos os pais têm também sentimentos ambivalentes e necessitam de apoio no seu processo de construção da parentalidade. Compreender a parentalidade como processo de tentativa e erro, com vários períodos de desorganização e de vulnerabilidade, que devem ser encarados como oportunidades de aprendizagem.
- O profissional também deve reconhecer aquilo que traz para a interação com as famílias (valores, crenças e atitudes), desenvolvendo uma atitude reflexiva e uma escuta ativa para compreender e valorizar a relação com os pais. Deve estar disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional, de forma a reforçar a relação entre ambos.

Propõe-se ainda integrar a *Newborn Behavioral Observations* (NBO), na primeira consulta do recém-nascido.

A NBO é um instrumento de favorecimento relacional, tanto entre pais e bebés como entre pais e profissionais, funcionando como um alicerce das partilhas continuadas e progressivas ao longo do ciclo de vida, sobretudo na infância e juventude (Gomes-Pedro, 2003). Permite conhecer o repertório neuro-comportamental do bebé, assim como a sua individualidade e identidade, o seu estilo temperamental e as suas competências adaptativas (Gomes-Pedro, 2003).

Consiste em 18 itens de observação neuro comportamental, que avaliam as capacidades de autorregulação, de habituação do bebé face a estímulos sonoros e luminosos, a qualidade do tónus motor e o nível de atividade, a resposta ao stress e as competências visuais, auditivas e interativas do bebé (Nugent, 2013, 2015). Destes 18 itens que a NBO apresenta, 11 já estão integradas na avaliação do desenvolvimento proposto no PNSIJ, no que toca às dimensões da interação e motricidade.

Com o objetivo de mapear o conhecimento existente sobre este instrumento, foi realizada uma *scoping review*, em que se verificou que a NBO é um instrumento flexível, que pode ser aplicado em diversos contextos como o hospitalar ou comunitário (Centros de saúde, Domicílios, maternidades, clínicas particulares, etc). Pode ser aplicado por diversos profissionais, como enfermeiros, médicos, psicólogos, profissionais de intervenção precoce, educadores, etc.

A sua aplicação permite vários resultados dependendo dos objetivos, e podem estar relacionados com a experiência familiar. Aumentando a interação entre os pais-filhos, aumenta também a confiança, a satisfação, e o conhecimento das competências da criança e a compreensão das famílias sobre o desenvolvimento infantil. Verifica-se também a redução da depressão pós-parto e da ansiedade materna. Na perspetiva dos profissionais de saúde, a intervenção com a NBO melhora a sua relação com as famílias, a autoconfiança, e os seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil.

O tempo foi uma barreira apontada para o estabelecimento desta escala, no entanto, de acordo com Gomes-Pedro (2005), é possível aplicá-la em 7-8 minutos.

Esta intervenção é considerada uma intervenção viável para as políticas de saúde, sendo já integrada nestas intervenções em três países como o Reino Unido, a Noruega e a Austrália, (Hawthorne, 2015; Nicolson, 2015; Slinning & Vannebo, 2015). A integração da NBO nestes sistemas de saúde baseia-se, essencialmente, na promoção da vinculação segura e na promoção da saúde mental dos pais e das crianças.

Sendo o Programa Nacional para a Saúde Mental considerado um programa de saúde prioritário para a DGS (Despacho n.º 6401/2016, 2016), considera-se a integração deste instrumento como valioso neste programa.

BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2004). *A criança e o sono: O método Brazelton*. Barcarena: Editorial Presença.
- Brazelton Touchpoints Center. (2008). A Review of the Early Care and Education Literature: Evidence Base for Touchpoints. Obtido 17 de Abril de 2016, de http://www.brazeltontouchpoints.org/wp_content/uploads/2011/09/A_Review_of_the_Early_Care_and_Education_Literature__Evidence_Base_Oct_2008.pdf
- Brazelton Touchpoints Center. (2017). Evidence-Based Research. Obtido 1 de Fevereiro de 2017, de <https://www.brazeltontouchpoints.org/about/evidence-based-research/>
- Despacho n.º 6401/2016. (2016). Programas de Saúde Prioritários. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 94 — 16 de maio de 2016, 15239.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção- Geral da Saúde.
- Gomes-Pedro, J. (2003). CLNBAS A Avaliação Neuro-Comportamental do Recém-Nascido para Aplicação Clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(6), 389–391.
- Gomes-Pedro, J. (2005). *Para um Sentido de Coerência na Criança*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Hawthorne, J. (2015). Influencing Health Policy in the Antenatal and Postnatal Periods: The UK Experience. *Zero to Three*, 36(1), 21–27.
- Nicolson, S. (2015). Let's Meet Your Baby as a Person: From Research to Preventive Perinatal Practice and Back Again, With the Newborn Behavioral Observations. *Zero to Three*, 36(1), 28–39.
- Nugent, J. K. (2013). The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton's legacy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(3), 173–179. <http://doi.org/10.1111/jcap.12043>
- Nugent, J. K. (2015). The Newborn Behavioral Observations (NBO) System as a form of intervention and support for new parents. *Zero to Three*, 36(1), 2–10.
- Slinning, K., & Vannebo, U. T. (2015). The training of infant mental health practitioners: The Norway experience. *Zero to Three*, 36(1), 40–45.

Apêndice VIII
Protocolo da *Scoping Review*

The Newborn Behavioral Observations as an intervention to a promotor of infant development: a scoping review protocol

Authors:

Martins, Patrícia MSc Student¹

Malheiro, Isabel PhD²

Gois Paixão, M. José MSc³

Lemos e Sousa, Odete MSc²

1. Nurse, ACES Loures-Odivelas
2. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
3. Portugal Centre for Evidence Based Care, a collaborating center of the Joanna Briggs Institute, School of Coimbra, Coimbra

Author for correspondence:

Patrícia Martins

martinspac@hotmail.com

Review question/objectives

This scoping review objective is to examine and map the knowledge about the utilization of the *Newborn Behavioral Observations* (NBO), The specific investigation areas are:

- Characteristics of NBO instrument
- Areas of NBO Utilization
- Outcomes of NBO implementation
- Experience of the family's about the NBO utilization.
- Experience of the professional's involved on the methodology application.

Background:

For a proper child growth and learn, he needs essential requisites as: continuous affective relationships; physical protection, safety and discipline; experiences adapted to individual differences; experiences suitable for the development; establish limits, of organization and expectations; stable support communities and cultural continuity; future protection¹.

During the first year of life, the main parental functions are to provide care to the child, satisfy their needs, and facilitate the overall development, according to their well-being². The consistency and constancy of parental child care, adequate parent-child interaction and the secure attachment between the children and the parents, are crucial factors for their psychic and social development, with repercussions throughout their life cycle^{3,4}.

The child development is a complex process, multifactorial and multidimensional, as it is subject to innumerable influences such as heredity, external environment (family, socioeconomic level, ethnicity and culture) and maturation⁵. It goes from conception, involving several aspects, such as physical growth, and the child neurological, behavioral, cognitive, social and affective maturation⁶. The newborn period corresponds to a large and rapid brain development phase and neuronal multiplication, forming synapses at a rate proportional to the experience¹⁰.

Associated with these facts, the pattern regulation stadium enables, at a glance, a progressive response to the environment and to the interactive mediation mechanisms, being a period where the parents' intervention becomes more and more significant¹⁰.

The study of development aims to describe, explain, predict and modify behaviors, which led to several theories, being categorized into five perspectives: psychoanalysis (Freud and Erickson), learning (Pavlov and Bandura), cognitive (Piaget and Kohlberg), ethological (Bowlby and Ainsworth) and contextual (Vygotsky) ⁵.

Brazelton also excelled in the conceptualization and follow-up of child development, developing a systemic child development model, based on the child's behavior experiences with the surrounding environment, which emphasizes prevention through anticipatory care and the construction of relationships between parents and professionals, designated as Touchpoints⁷. Which corresponds to periods that occur during the first three years of life, in which the child developmental efforts results in a pronounced rupture of family¹.

This conceptual model emerges in the sense of the child behavior understanding and development, and the parent-child interactions, constituting a positive approach to the development and parenting, where the individual competences, child differences and the

potentiality of the child-parents are valued. Brazelton emphasizes the multidimensional development and the existence of developmental acquisitions with periods of regression as precursors of new competences.⁸

Over all, this model focuses on the early intervention, applied to the family, but centered in the child. It is based on sharing the experience of parents on their individual child characteristics⁹. In this perspective, he developed the Newborn Behavior Assessment Scale (NBAS), with the objective of evaluating the child's behavior and sharing it with the parents, in order they be aware of them⁷. The application of this scale evolved to the current the Newborn Behavioral Observations (NBO)¹⁰, witch focus is observation of the child's behavior, to be used to support parents at the time when parental functions are being established¹¹.

The NBO consists in 18 items of neuro-behavioral observations, which assess the child autonomic, motor, state, and social interactive behaviors ¹², being an interactive and flexible relationship building instrument, that is used in clinical contexts as a way to sensitize parents to the newborn's capacities and individuality, to promote parent-child and parent-professional relationships¹³. Their goal it's to place the baby in the center of the intervention and support the work with the families at this particularly sensitive time in the transition to parenting during the first 3 months of life.

The scale has been increasingly used by health professionals, and its application can be easily integrated into routine care at different levels, such as hospitals, health centers or home visits, by pediatricians, nurses, psychologists, social workers, therapists or other early intervention practitioners¹².

This instrument was designed to be applied biweekly or monthly, from the birth (36 weeks gestation) to 3 months, depending on the child and family individual needs.^{11,12}

The birth of a child reveals, in this life cycle period, the main formation stages of the family with a redefinition of each one roles and with a sensitive opening to the linking system. It is this circumstance that favors the unique opportunity for the professional to enter in each family system in a context of empathy, trust and privileged relationship¹⁰.

Observing that the Newborn phase is an extremely sensitive period for the parenting transition, and as such, the touchpoints intervention using the NBO can constitute the excellence of the health care¹¹.

Although, few studies have been carried out on this subject, the use of this instrument has demonstrated a greater maternal-infant involvement, better understanding of the baby's communication, increase in the levels of confidence among parents, positive perception of the

interaction with high-risk infants in early intervention contexts, as well as a reduction in postpartum depressive symptomatology. Increased father's involvement levels in the childhood, and increased perceived confidence among professionals working with low-risk and high-risk newborns and their families^{11,12}.

After searching the Joanna Briggs Institute (JBI) Library of Systematic Reviews and the Cochrane Database of Systematic Reviews, was found in the last a systematic review protocol about this subject, to evaluate the effectiveness of the NBAS and NBO system in improving outcomes for caregivers and newborn babies and to determine whether, and under what circumstances, the suggested benefits for caregivers and infants have been empirically demonstrated¹⁴. This scoping review objectives, without finding another related reviews.

In this perspective, appears the present scoping review, with the objective to map the knowledge regarding the utilization of the NBO.

Keywords

Newborn, Infant (up to 3 months), family, development, NBO, Touchpoints, early intervention

Inclusion criteria

Types of participants

This review will cover studies that include newborn (from 36 weeks gestation) and Infants (0-3 months) and their families subject to the application of the NBO as intervention.

Concept,

In this review will be considered studies, which include the concepts of NBO or CLNBAS, as intervention.

Context:

This scoping review will consider studies wherever NBO/CLNBAS is provided for newborn and infant (until 3 months) and their families. This will include, but is not exclusive to, hospitals, community and educational environment or social.

Types of Studies

This scoping review will consider quantitative, qualitative studies and systematic reviews.

Quantitative: This scoping review will consider both experimental and observational study design including randomised controlled trials, non-randomised controlled trials, quasi-experimental, before and after studies, prospective and retrospective cohort studies; case control studies and analytical and descriptive cross sectional studies.

Qualitative: this scoping review will consider studies that focus on qualitative data including, but not limited to, designs such as phenomenology, grounded theory, ethnography, action research and feminist research.

Systematic reviews include meta-analysis and meta-syntheses.

Search strategy

The search strategy aims to find both published and unpublished studies over the last 10 years from 2006 to 2016, in order to know the most current evidence.

The search strategy aims to find both published and unpublished studies. A three-step search strategy will be utilized in this review. An initial limited search of MEDLINE and CINAHL will be undertaken followed by an analysis of the text words contained in the title and abstract, and of the index terms used to describe the articles. A second search using all identified keywords and index terms will then be undertaken across all included databases. Thirdly, the reference list of all identified reports and articles will be searched for additional studies. Studies published in English, Spanish and Portuguese will be considered for inclusion in this review.

The databases to be searched include CINAHL, Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus, PsycINFO, Web of Science, ERIC, Medic Latina, Nursing Reference Center, Science Direct, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Scopus, Springer link and Wiley online Library. The sources to be searched for relevant unpublished material include Google Scholar, Open Grey and RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Referencing software will be used to manage the list of all the articles retrieved and remove duplicate studies. Articles searched will then be assessed for relevance to the review, based on the information provided in the title and abstract, by two independent reviewers. The full article will be retrieved for all studies that meet the inclusion criteria of the review. If the reviewers have uncertainties about the relevance of a study from the abstract is unclear, the full article will be retrieved.

Studies identified from reference list searches will be assessed for relevance based on the study's title and abstract.

Key words and key phrases to be used in the initial search will include the following:
NBO or CLNBAS, newborn, infant.

Data extraction:

A data extraction instrument was developed (Appendix I); however, this may be further refined for use at the review stage. The data extracted will include specific details about the populations, concept, context and study methods of significance to the scoping review question and specific objectives.

Two reviewers will extract data independently. Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion, or with a third reviewer.

Authors of articles will be contacted to request for missing or additional data wherever required.

Data synthesis:

Data extracted from each of the studies will be mapped and presented in a form that logically reflects the objectives of this scoping review. The data from the studies will be presented in terms of implications of the use of NBO for the infant, parents and health professionals.

Conflict of interest

There is no conflict of interest to report regarding this scoping review.

REFERENCES

1. Brazelton TB, Greenspan SI. A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. 6.^a ed. Lisboa: Editorial Presença; 2009.
2. Cruz O. Parentalidade. Porto: Livpsic; 2013. 1-200 p.
3. Direcção-Geral da Saúde. Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direcção- Geral da Saúde; 2013. 1-121 p.
4. Direcção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde; 2005. 50 p.
5. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. O mundo da Criança: da infância à adolescência. 17.^a ed. São Paulo: Mc Graw Hill; 2009. 1-707 p.
6. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia : Un Potente Ecuilizador Informe Final. OMS. 2007;82.
7. Brazelton TB. O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 12.^a ed. Lisboa: Editorial Presença; 2010. 1-535 p.
8. Lester BM, Sparrow J. Nurturing Children and families: buildind on the legacy of T. Berry Brazelton. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2013. 1-376 p.
9. Brazelton TB, Sparrow J. The Touchpoints Model of Development [Internet]. Brazelton Touchpoints Center. 2003 [citado 1 de Maio de 2015]. Obtido de: http://fundacaobgp.com/ficheiros/artigos/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf
10. Gomes-Pedro J. CLNBAS A Avaliação Neuro-Comportamental do Recém-Nascido para Aplicação Clínica. Acta Pediátrica Port. 2003;34(6):389–91.
11. Nugent JK. The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton’s legacy. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2013;26(3):173–9.
12. Nugent JK. The Newborn Behavioral Observations (NBO) System as a form of intervention and support for new parents. Zero Three. 2015;36(1):2–10.
13. Nugent JK. The Development of the NBAS A Turning Point in Understanding the Newborn. Em: Lester BM, Sparrow J, editores. Nurturing children and families: building on the legacy of T Berry Brazelton: building on the legacy of T Berry Brazelton. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2013. p. 1–376.
14. Bartram Samantha C, Barlow J, Wolke D. The Neonatal Behavioral Assessment Scale

(NBAS) and Newborn Behavioral Observations system (NBO) for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015;(6). Obtido de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011754/abstract%5Cnhttp://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD011754/asset/CD011754.pdf?v=1&t=iguwu0pa&s=77e293bc10ad590e100adfa95335ad8162b222f7>

Appendix I: Data extraction instrument

Author(s)	
Year of publication	
Origin/country of origin	
Aims/purpose	
Types of Studies	
Study population and sample size (if applicable)	
Methodology/methods	
Professionals involved	
Context	
Intervention type, comparator and details of these (e.g. duration of the intervention) (if applicable)	
Duration of the intervention (if applicable)	
Outcomes and details of these (e.g. how measures) (if applicable)	
Types of outcomes Infant (development, attachment); Parents (responsiveness, involvement, confidence, knowledge, and satisfaction) and health professionals (confidence)	
Key findings that relate to the scoping review question/s	

Apêndice IX
Scoping Review

The intervention with Newborn Behavioral Observations in the newborn, infant and his family: a scoping review

Authors:

Martins, Patrícia MSc Student¹

Malheiro, Isabel PhD²

Gois Paixão, M. José MSc³

Lemos e Sousa, Odete MSc²

1. Nurse, ACES Loures-Odivelas
2. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
3. Portugal Centre for Evidence Based Care, a collaborating center of the Joanna Briggs Institute, School of Coimbra, Coimbra

Author for correspondence:

Patrícia Martins

martinspac@hotmail.com

Executive summary

Background: Brazelton developed the Newborn Behavioral Observations as a tool for observation of the child's behavior and support the child development. The scientific evidence shows that the NBO promotes a safety attachment and mental health of parents and children. It has been used to support parenting during the first 3 months of life.

Objective: This scoping review objective is to examine and map the knowledge about the utilization of the *Newborn Behavioral Observations* (NBO),

Inclusion criteria

Types of participants

This scoping review includes all studies with newborns (from 36 weeks gestation) and Infants (0-3 months) and their families subject to the application of the NBO as intervention.

Concept,

In this review will be considered studies, which include the concepts of NBO or CLNBAS, as intervention.

Context:

This scoping review will consider studies wherever NBO/CLNBAS is provided. This will include, but is not exclusive to, hospitals, community and educational environment or social.

Types of Studies: This scoping review will consider quantitative, qualitative studies and systematic reviews.

Search strategy: The search strategy aims to find both published and unpublished studies over the last 10 years from 2006 (date of its creation) to 2016. The search strategy aims to find both published and unpublished studies. A three-step search strategy will be used in this review. Studies published in English, Spanish and Portuguese will be considered for inclusion in this review.

Data extraction: A data extraction instrument was developed, who include specific details about the populations, concept, context and study methods of significance to the scoping review question and specific objectives.

Data synthesis: The findings are presented in a narrative form including tables and figures to aid in data presentation where appropriate.

Results: Twelve studies published in English were included in this review. Research designs were mainly quantitative, and published in last five years, and made in United States of America. Most of the studies where carry out in home visits by different health care providers.

Conclusion: The NBO is a flexible instrument that can be applied by many professionals, in different contexts, which allows a bigger interaction between parents and child, higher self-confidence, satisfaction, superior child competence and development knowledge by the caregivers, associated also to a reduction on the post-partum depression and anxiety, enhancing too their relationship and confidence in the health professional.

On the other hand, by professionals perspective involved in the NBO intervention, they also felt more self-confident and with more knowledge on the intervention application

Implications for practice: The NBO can be an effective intervention in enhancing engagement, encouraging maternal role transition, and promoting attachment and bonding, to be integrated on the health policies'. However none of the studies evaluate the efficacy of nurses the intervention with NBO on primary health care center context. Reason that justifies the need to conduct a primary investigation in this area.

Background:

For a proper child growth and learn, he needs essential requisites as: continuous affective relationships; physical protection, safety and discipline; experiences adapted to individual differences; experiences suitable for the development; establish limits, of organization and expectations; stable support communities and cultural continuity; future protection¹.

During the first year of life, the main parental functions are to provide care to the child, satisfy their needs, and facilitate the overall development, according to their well-being². The consistency and constancy of parental child care, adequate parent-child interaction and the secure attachment between the children and the parents, are crucial factors for their psychic and social development, with repercussions throughout their life cycle^{3,4}.

The child development is a complex process, multifactorial and multidimensional, as it is subject to innumerable influences such as heredity, external environment (family, socioeconomic level, ethnicity and culture) and maturation⁵. It goes from conception, involving several aspects, such as physical growth, and the child neurological, behavioral, cognitive, social and affective maturation⁶. The newborn period corresponds to a large and rapid brain development phase and neuronal multiplication, forming synapses at a rate proportional to the experience¹⁰.

Associated with these facts, the pattern regulation stadium enables, at a glance, a progressive response to the environment and to the interactive mediation mechanisms, being a period where the parents' intervention becomes more and more significant¹⁰.

The study of development aims to describe, explain, predict and modify behaviors, which led to several theories, being categorized into five perspectives: psychoanalysis (Freud and Erickson), learning (Pavlov and Bandura), cognitive (Piaget and Kohlberg), ethological (Bowlby and Ainsworth) and contextual (Vygotsky) ⁵.

Brazelton also excelled in the conceptualization and follow-up of child development, developing a systemic child development model, based on the child's behavior experiences with the surrounding environment, which emphasizes prevention through anticipatory care and the construction of relationships between parents and professionals, designated as Touchpoints⁷. Which corresponds to periods that occur during the first three years of life, in which the child developmental efforts results in a pronounced rupture of family¹.

This conceptual model emerges in the sense of the child behavior understanding and development, and the parent-child interactions, constituting a positive approach to the development and parenting, where the individual competences, child differences and the

potentiality of the child-parents are valued. Brazelton emphasizes the multidimensional development and the existence of developmental acquisitions with periods of regression as precursors of new competences.⁸

Over all, this model focuses on the early intervention, applied to the family, but centered in the child. It is based on sharing the experience of parents on their individual child characteristics⁹. In this perspective, he developed the Newborn Behavior Assessment Scale (NBAS), with the objective of evaluating the child's behavior and sharing it with the parents, in order they be aware of them⁷. The application of this scale evolved to the current the Newborn Behavioral Observations (NBO)¹⁰, witch focus is observation of the child's behavior, to be used to support parents at the time when parental functions are being established¹¹.

The NBO consists in 18 items of neuro-behavioral observations, which assess the child autonomic, motor, state, and social interactive behaviors¹², being an interactive and flexible relationship building instrument, that is used in clinical contexts as a way to sensitize parents to the newborn's capacities and individuality, to promote parent-child and parent-professional relationships¹³. Their goal it's to place the baby in the center of the intervention and support the work with the families at this particularly sensitive time in the transition to parenting during the first 3 months of life.

The scale has been increasingly used by health professionals, and its application can be easily integrated into routine care at different levels, such as hospitals, health centers or home visits, by pediatricians, nurses, psychologists, social workers, therapists or other early intervention practitioners¹².

This instrument was designed to be applied biweekly or monthly, from the birth (36 weeks gestation) to 3 months, depending on the child and family individual needs.^{11,12}

The birth of a child reveals, in this life cycle period, the main formation stages of the family with a redefinition of each one roles and with a sensitive opening to the linking system. It is this circumstance that favors the unique opportunity for the professional to enter in each family system in a context of empathy, trust and privileged relationship¹⁰.

Observing that the Newborn phase is an extremely sensitive period for the parenting transition, and as such, the touchpoints intervention using the NBO can constitute the excellence of the health care¹¹.

Although, few studies have been carried out on this subject, the use of this instrument has demonstrated a greater maternal-infant involvement, better understanding of the baby's communication, increase in the levels of confidence among parents, positive perception of the

interaction with high-risk infants in early intervention contexts, as well as a reduction in postpartum depressive symptomatology. Increased father's involvement levels in the childhood, and increased perceived confidence among professionals working with low-risk and high-risk newborns and their families^{11,12}.

After searching the Joanna Briggs Institute (JBI) Library of Systematic Reviews and the Cochrane Database of Systematic Reviews, was found in the last a systematic review protocol about this subject, to evaluate the effectiveness of the NBAS and NBO system in improving outcomes for caregivers and newborn babies and to determine whether, and under what circumstances, the suggested benefits for caregivers and infants have been empirically demonstrated¹⁴. This scoping review objectives, without finding another related reviews.

In this perspective, appears the present scoping review, with the objective to map the knowledge regarding the utilization of the NBO.

Objectives

This scoping review objective is to examine and map the knowledge about the utilization of the *Newborn Behavioral Observations* (NBO), the specific investigation areas are:

- Characteristics of NBO instrument
- Areas of NBO Utilization
- Outcomes of NBO implementation
- Family's experience about the NBO utilization.
- Professional's experience involved on NBO application.

Keywords

Newborn, Infant (up to 3 months), family, development, NBO, early intervention

Inclusion criteria

Types of participants

This review will include all studies that involve newborn (from 36 weeks gestation) and Infants (0-3 months) and their families subject to the application of the NBO as intervention.

Concept,

In this review will be considered studies, which include the concepts of NBO or CLNBAS, as intervention.

Context:

This scoping review will consider studies wherever NBO is provided on newborn and infant (until 3 months) and their families. This will include, but is not exclusive to, hospitals, community and educational environment or social.

Types of outcomes

Primary outcomes

Caregiver responsiveness, involvement, self-confidence, knowledge, and satisfaction, safety attachment, confidence among health professionals.

Secondary outcomes

Psychomotor, social and emotional child development.

Types of Studies

This scoping review will consider both quantitative and qualitative data.

Quantitative: This scoping review will consider both experimental and observational study design including randomized controlled trials, non-randomized controlled trials, quasi-experimental, before and after studies, prospective and retrospective cohort studies; case control studies and analytical and descriptive cross sectional studies.

Qualitative: this scoping review will consider studies that focus on qualitative data including, but not limited to, designs such as phenomenology, grounded theory, ethnography, action research and feminist research.

Exclusion criteria

Studies involving newborns younger than 36 weeks of gestation

Studies involving infants over 3 months of age

Studies that do not use NBO/CLINBAS as an intervention

Search strategy

The search strategy aims to find both published and unpublished studies over the last 10 years from 2006 (NBO/CLINBAS development) to 2016. Only articles with available abstract, electronically available in the databases, written in English and Portuguese. A three-step search strategy will be used in this review.

1st Stage: search in the CINAHL and MEDLINE databases, using natural and indexed language, with subsequent contained words analysis in the found articles title and summary.

CINAHL according to the CINAHL headings indexing terms:

Population: infant OR infant, newborn

Concept: Newborn Behavioral Observations OR Neonatal Behavioral Observations or CLNBAS (natural language)

Context:

Search Expression: (infant OR infant, newborn) AND (Newborn Behavioral Observations OR Neonatal Behavioral Observations or CLNBAS)

MEDLINE, according to the MeSH 2016 indexing terms:

Population: infant OR infant, newborn

Concept: Newborn Behavioral Observations OR Neonatal Behavioral Observations or CLNBAS (natural language)

Context:

Search Expression: (infant OR infant, newborn) AND (Newborn Behavioral Observations OR Neonatal Behavioral Observations or CLNBAS)

2nd Stage: extend the search to other databases such as Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus, PsycINFO, Web of Science, ERIC, Medic Latina, Nursing Reference Center, Science Direct, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Scopus, Springer link and Wiley online Library. The sources to be searched for relevant unpublished material include Google Scholar, Open Grey and RCAAP – *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal*, using the keywords and indexed terms identified.

3rd Stage: bibliography analysis of the identified articles, new articles that may be useful to analyze.

Reference software was used to manage the list of all citations retrieved and all unnecessary duplications were removed. Then, articles searched were assessed for relevance to the review based on the information provided in the title, abstract and descriptor/MESH terms by two independent reviewers. Where any doubt existed, the full article was retrieved. The full article was retrieved for all studies that met the inclusion criteria of the review. Based on full texts, two reviewers examined independently whether the studies conformed to the inclusion criteria. Disagreement was resolved by discussion with a third reviewer. Multiple articles by the same authors that reported findings from the same study were linked together and the information was used for decisions concerning which studies were eligible for inclusion. Studies identified from reference list searches were assessed for relevance based on the study title.

Method of the report

A data extraction instrument was developed (Appendix I), and includes specific details about the populations, concept, context and significant study methods to the scoping review question and specific objectives.

Two reviewers extracted data independently. Any disagreements that arise was resolved through discussion, or with a third reviewer.

Authors of articles were contacted to request missing or additional data wherever required.

Presenting the results

Data extraction:

51 articles were found on the databases, 14 duplicated results were removed. After reading the title and abstract 15 articles were selected. Furthermore, after a more detailed reading, 8 were selected. In addition, 11 were identified via hand searching and reference lists, which 7 were excluded by the fact they were review articles, resulting in a total 12 articles selected, synthesized on Table 1.

A flow chart showing the number of citations at each stage is detailed below (Figure 1).

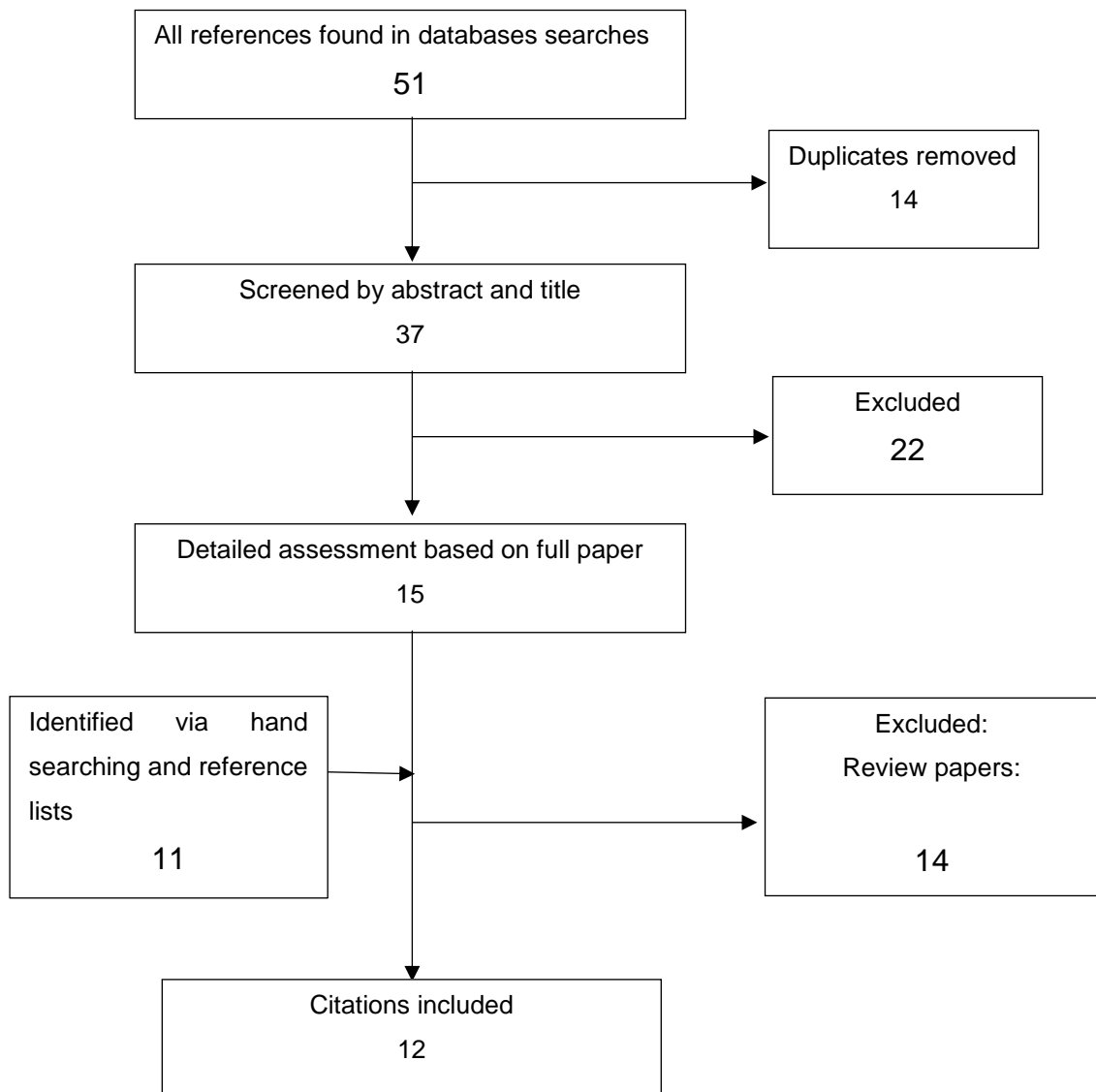


Figure 1 - *Flow chart of study selection*

Table 1 – Scoping Review selected articles and description

	Author/year	Objective(s)	Participants	Concept	Context
1	McManus, B. and Nugent, 2011 ¹⁵	to describe provider confidence and knowledge following the delivery of a neurobehavioural intervention for high-risk newborns	A sample size of 41 infants and eighteen EI providers. 38 families with a high-risk newborn (25 intervention and 13 control).	The intervention group received weekly home visits by a NBO certified service provider. The control group received usual care, weekly. Both 8 weeks interventions.	Home visits
2	Cheetham, N. and Hanssen, T., 2014 ¹⁶	To identify first-time mothers' experience with NBO as a guiding model.	Four first-time mothers	NBO intervention by??? two days after birth, during 45 minutes	Maternity
3	Sanders, L. and Buckner, E., 2006 ¹⁷	To assess the feasibility and desirability of the NBO as a nursing intervention to foster maternal engagement, during the first days of life in the inpatient setting	The participants were first-time mothers, age over 19, who were rooming-in with their healthy term infants. 10 mothers and 20 nurses	NBO intervention by nurses, two days after birth, during 25 minutes	Maternity
4	Nugent, J.; Bartlett, J. and Valim, C., 2014 ¹⁸	To examines the efficacy of NBO, an infant-centered relationship-based intervention	A total of 106 mothers participated in this study (first-time parent cohabitating with the father of the baby, vaginal delivery of an infant between 36 and 42 weeks' gestational age, Apgar scores not less than 7 (at 5 and 15 min), no congenital anomalies, and no use of neonatal intensive care unit)	Control group mothers received the routine hospital care and a short-attention control home visit to administer the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Intervention group mothers received routine care plus the NBO in the hospital at mothers' bedside within 2 days post-delivery and again at a 1-month postpartum home visit.	Hospital and home
5	McManus, B. and Nugent, 2014 ¹⁹	To compare two models of Early Interventions home visit service delivery: a neurobehavioral intervention and usual care; on parents' perceived quality of EI service	38 families with a high-risk newborn (25 intervention and 13 control).	The intervention group received weekly home visits by a NBO certified service provider. The control group received usual care, weekly. Both 8 weeks intervention.	Home visits
6	Mulkey, Jayme L., 2013 ²⁰	To investigate the relation between maternal prenatal perceived stress and infant neurodevelopment	50 ethnically and socioeconomically diverse mother-infant dyads.	Prenatal stress data was collected at approximately 28 weeks of pregnancy, measured using Cohen's Perceived Stress Scale (PSS). Infants were assessed following birth as soon as was feasible, with a target of four weeks of age	Clinic or home

7	Goodman, J.H.; Prager, J.; Goldstein, R. and Freeman, M., 2015 ²¹	To pilot test Perinatal Dyadic Psychotherapy, a novel dual-focused mother-infant intervention to prevent/decrease maternal postpartum depression and improve the mother-infant relationships related to child development outcomes, in mother-infants dyads, on which, the mother was experiencing elevated postpartum depression symptoms	A total of 42 mother-infant dyads	The PDP intervention integrates the clinical strategies of supportive psychotherapy, parent-infant psychotherapy, and the Touchpoints Model of Child Development, with NBO. Consists of eight sessions delivered over three months	Homes visit
8	Hartblay, M., 2010 ²²	Does use of the NBO during initiation of a relationship-based intervention enhance sensitive parent-infant communication in the case of infants diagnosed with hearing loss?	The infant boy was diagnosed with moderate bilateral sensorineural hearing loss with 2 months age	Intervention using the NBO began one week later with the administration session of early intervention.	Homes visit
9	Fishman, J.; Vele-Tabaddor, E.; Blanchard, Y.; Keefer, C.; Minear, S.; Johnson, L. and Nugent, J.K., 2008 ²³	To examine whether the NBO supports provider-parent relationships and parent-child relationships.	Parents and caregivers (n=233)	One NBO session.	Home visits (n=92), in the hospital (n = 67) and at the clinics (n=8)
10	Kashiwabara, Eiko; 2013 ²⁴	To analyze the effectiveness of an NBO-based nursing intervention for problematic breastfeeders and their parents	The participants consisted of 5 groups of infants with both parents and 6 pairs of mother-only infants with breastfeeding difficulties	The investigator visited participants in their home 5 times: at 3–7 days, 2 weeks, 1 month, 2 months and 3 months after birth. The NBO session was conducted twice by the investigator with each mother and infant dyad and each mother, father and infant triad, at 3–7 days then again at 2 weeks to 1 month or 2 months after birth.	Home visits
11	Gómez, Maria José Alvarez; 2007 ²⁵	To study the parents' response to the NBO in the context of a pediatric primary care visit.	60 infants	The NBO interventions during an initial well-care visit	Primary care
12	Holland, A. and Watkins, Dianne, 2015 ²⁶	To identify Flying Start health visitors' views of implementing the NBO; examine barriers and facilitators to its implementation and make recommendations for future service improvements as part of the FS initiative.	13 FS health visitors' to undertake intensive home visiting with families who have a new baby to promote positive family interactions.	NBO intervention	Home visits

Country of origin

From the 12 selected articles , 8 were developed in the United States of America ^{15,17-23}, 3 in Europe (Norway¹⁶, United Kingdom²⁶ and Spain²⁵), and one in Japan²⁴.

Year of publication

Searching for actual scientific evidence, the searching period was established between 2006 and 2016, verifying only 8 articles (67%) were published in the last 5 years^{15,16,18-22,24,26}.

Objectives/aim/purpose

Were selected 12 articles, that meet the objectives, in their specific intervention areas: 2 articles are related with the experience of the professionals, that pretend to describe their knowledge and confidence on the NBO implementation¹⁵ and to identify the difficulties and facilities on the NBO intervention implementation, in the professional perspective.²⁶

The remaining articles are related to the experience of the families after the NBO ^{16,25}, on this intervention experience for mothers with breastfeeding difficulties ²⁴, on their effect in the family-child interaction ^{17,18,22,23}, as well as in the mother stress ²⁰.

One of the studies intends to compare 2 premature intervention models, one with a neurobehavioral intervention using the NBO¹⁹, and one to test a pilot using the Touchpoints and NBO on the prevention of postpartum depression²¹.

Types of studys

About the studies designs', 7 are quantitative studies^{15,18-21,23,25}, 4 randomized controlled trial^{15,18,19,21}, one prospective²⁰ and 2 descriptive^{23,25}. One is qualitative, more specifically a Phenomenological study ¹⁶. 3 studies utilize a qualitative and quantitative approach mixed methods^{17,24,26}, for data analysis. And one is a study case with qualitative approach.²²

Population

5 articles studied the family intervention (including dyads and tryads)^{20,21,23-25}, in 2 articles the effect of the NBO on high risk newborns was study^{19,22}, 2 studies with both, first time mothers and care givers^{17,18}, 2 in both high risk newborns and care givers^{15,26} and 1 in first time mothers¹⁶, with a wide diversity of the population covered by the studies.

Context

From the selected articles, 6 were conducted in exclusive at the child home^{15,19,21,22,24,26}, 2 in the hospital nursery^{16,17} and one in daycare centers²⁵. 2 studies were implemented initially in hospital context and after at the child home^{18,20} and 1 study was conducted in multiple contexts (home, hospital and out-patient clinics)²³.

Professionals involved

From the 12 analyzed articles, 4 were developed by nurses^{16,17,18,21,24}, 3 by premature intervention professionals^{15,19,26} (physiotherapists, occupational therapists, psychologists, educators, social workers, etc.); 2 don't establish who developed the^{20,23}, 1 by educators²² and 1 by doctors²⁵.

Intervention and Evaluation

From the 12 considered articles, 2 the intervention consisted in one NBO session, 2 days after birth^{16,17}, still in the hospital context. The intervention was evaluated in one study by parent's semi-structured interview with audio recording.¹⁶ On the other study, they use the NBO Parent Questionnaire¹⁷ and also the Maternal Participation Scoring tool (Likert scale type) by the professionals to describe the maternal participation during the intervention.

In other study, the NBO was applied until 4 weeks after birth, in a clinic or on the home visit²⁰. The aim was to evaluate the relation between maternal prenatal perceived stress and infant neurodevelopment, being the pregnant evaluated at 28 weeks of gestation and at the NBO intervention visit, maternal perception of stress was measured using Cohen's Perceived Stress Scale (PSS)²⁰.

Other study meant to evaluate the NBO effect on the maternal depression, which was applied in the second day of living and after 1 month with Edinburgh Postnatal Depression Scale¹⁸.

In 2 studies, the NBO was applied for 8 weeks, on a weekly base, at the child's home, in a premature intervention context and using a randomized method.^{19,15} One of the study intended to describe the practitioner confidence and knowledge, with the NBO application, being evaluated by Index of Practitioner Knowledge and skills, to all the involved premature intervention actors¹⁵, at the end of intervention. The other study meant to compare 2 premature intervention models (that consisted on the neurobehavioral intervention by the NBO), through the parents perception about the quality, using a Likert scale type designated as Home Visiting Index, filled by the parents at the end of intervention.¹⁹

One of the studies meant to test a pilot intervention for the prevention of postpartum depression²¹, in a randomized study, where the intervention group had 8 sessions of 1 hour at the family home. The women were selected for the intervention after the application of Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Therefore, was applied the Edinburgh Postnatal Depression (to assess presence and severity of Postpartum Depression symptoms), State-Trait Anxiety Inventory (to measure Maternal anxiety State and trait anxiety), the Maternal Self-Report Inventory (to measure Maternal self-esteem), in 3 distinct moments, before, at the end, and 3 months after the intervention. The Parenting Stress Index-Short Form was also utilized (to identify potentially dysfunctional parent-child relationships that place a child at risk for emotional disturbance) for the post-intervention and 3 months later. Mother-infant interaction were videorecorder in 10-min free-play sessions at both post-intervention and follow-up. Recordings were analyzed using the Coding Interactive Behaviour manual.²¹

In other study, a single-case study, the NBO was applied to an infant with hearing loss, at 2 months of age, to promote enhance sensitive parent-infant communication, being evaluated by the videorecorder of one session at 4 months child age, based on the interaction between the child and the parents²².

In another study, evaluate the effectiveness of an NBO-based nursing intervention for problematic breast feeders and their parents. The intervention was divided in 5 home visits, from the 1st week of living to the 3 months, being the NBO applied 2 times, one in the first visit and other after until 2 months. The intervention was evaluated by the Newborn Behavioral Observations Parent Questionnaire²⁴.

One study took place at the primary health care, during the newborn first visit, where the NBO was applied only in one session. This intervention was also evaluated by the Newborn Behavioral Observations Parent Questionnaire²⁵, a select group of families were conducted a Videotaped observations during intervention.

The last study, that applied the NBO at the patient home, aimed the caregivers opinion about the barriers and facilitators to its implementation and evaluated by one questionnaire that was developed from reviewing the literature²⁶.

Results

Health professionals

2 articles presented results regarding the professional's experience involved on the methodology application. It's example the McManus e Nugent¹⁵ study, that revealed the Early

Intervention (EI) service providers trained in the NBO, demonstrate more favorable perceptions of their skill confidence (mean difference =2.2, 95%), concluding that the Integrating a neurobehavioral intervention into EI service delivery may be associated with higher perceived confidence among service providers in their ability to work with high-risk newborns.

Another study development by Holland, nurses reported that there was a need among their patient population for interventions that help parents learn about their infants¹⁷, that the NBO would help parents learn about their infants, and enhance maternal engagement.

Experiences of mothers or families

The experiences of mothers or families regarding NBO as intervention are related in 3 studies. Results were found for various areas, like confidence, satisfaction, development knowledge, parent-provider relationship, parent-child relationship and depression.

A phenomenological qualitative study developed by Cheetham and Hanssen¹⁶ revealed three themes describing the mothers positive experience of the guidance model: a) a new understanding of the baby's communication abilities, b) an increased feeling of competence and confidence in dealing with challenges in caretaking issues, and c) being treated as individuals encouraged to make their own decisions, concluded that the NBO system can be used in clinical practice to enhance the transition to motherhood and family life, and provide support during the post-partum period.

In a study case²², the mother related that the NBO helped her to: feel closer to her baby, feel more confident as a parent, get to know her baby more, and to communicate with the person conducting the NBO.

Also in the study by Kashiwabara²⁴, all of the fathers in the study stated that they learned a lot about their infants' capabilities through the NBO. Boosted their confidence as parents, and provided an opportunity to learn more about their infants. The majority of parents in the sample rated the NBO program as an excellent learning experience.

Parent Satisfaction

In the study by Gomez²⁵, parent satisfaction with the NBO was high: 56% percent of the families rated the tool as an "excellent" learning experience, the remaining 44% of participants rated the tool as a "good" experience. In the other hand, 99% of caregivers rated the NBO experience as excellent or good²³. In the study case, mother overall evaluation was

"excellent"²². In 3 studies the parents satisfaction with the NBO intervention as rated as excellent^{22,23,25} or Good Experience²³.

Confidence

At the study development by Fishman et al²³, the families perceptions may have contributed to families' feeling more confident as caregivers (80%), more confident in their role as parents after the NBO administration (77.5%).²⁵

Parent's knowledge regarding development

Mothers rated the NBO "high" for increasing their knowledge of what their infants can do, and how to interact with them¹⁷. In the study by Kashiwabara²⁴, show the difference between "before-" and "after-participation" with NBO scores shown that all of fathers and mothers, except for one respondent, indicated an increase in their level of understanding of infant behavior.

Also Fishman et al²³ shown in their study that caregivers knew significantly more about their baby's behavior after the NBO session than before the session [$p < .001$]. Findings showed a significant increase in parent knowledge of child behavior after the NBO visit compared to before the visit ($p = .0001$)²⁵. Additional comparisons showed that parents of first-born infants demonstrated a significant increase in knowledge of child behavior after the NBO visit compared to before the visit ($p = .0001$), but also parents of non first-born infants also showed a significant increase in knowledge of child behavior after the NBO visit ($p = .0001$)²⁵

Post-partum depression (PPD) prevention

In Mulkey²⁰ study the relation between maternal stress and infant Organization of State remained significant ($p=0.02$)²⁰. On the other hand, Goodman et al²¹ in one pilot intervention, verified that depression and anxiety symptoms and diagnoses decreased significantly, and maternal self-esteem increased significantly across the study time frame. There were no significant differences between groups on parenting stress or mother-infant interaction at post-intervention and follow-up. No participants developed onset of postpartum depression during the course of the study. PDP holds potential for treating depression in the context of the mother-infant relationship; however, usual care plus depression monitoring showed equal benefit.

After 1 months of NBO intervention, significantly fewer mothers had elevated depression symptoms in the intervention group ($p=.05$). Results indicated that the NBO was associated

with lowering the odds of depressive symptomatology by approximately 75% during the first month after birth.¹⁸

Parent-child Relationship

On the McManus e Nugent¹⁹ randomized study, was indicated that, compared to infant parents in the usual care group, parents in the intervention group reported higher perceived quality of EI service delivery related to promoting parent–infant, with difference reached statistical significance ($p=.02$).

The participation in the NBO provided an opportunity for parents to establish closer ties with their infants.²⁴

The majority of parents (65%) felt they learned "a lot" about their baby's competencies and learned how their baby communicates through his/her behavior (98%). For them, the NBO helped them understand their baby more (81.4%) and made them feel more equipped to respond to their baby's behavior (90%).²⁵

Parent-Provider Relationship

NBO Intervention also enhanced their relationship and confidence in the clinician²⁴.

In the study by Fishman²³, the families related that 97% of caregivers felt a lot or quite a bit of confidence and trust in the person conducting the NBO and 93% of caregivers felt the NBO facilitated their communication with the provider.

All families reported feeling "a lot of confidence and trust" (90.2%) or "quite a bit of confidence and trust" (9.8%) in the NBO provider. Families felt that they could share "a lot" (62.8%) or "quite a bit" (34.9%) of their ideas and participate in the session with the provider. The NBO helped them to communicate and relate to the provider (92.9%).²⁵

Intervention of NBO

Feasibility.

No significant barriers to implementing the NBO as an intervention in the postpartum period were identified by the investigator or the mothers who participated.¹⁷

suggest that the NBO could be a desirable and efficacious intervention to enhance engagement in first-time mothers¹⁷.

These findings suggest that the NBO conducted in hospital and home settings may be an efficient, cost-effective, relationship-based method for reducing the likelihood of PPD¹⁸.

Facilitators

Factors which positively influenced the implementation of the NBO related to desirability and the effectiveness of the NBO in enhancing the parent-infant relationship, they had received adequate training and felt confident to implement the NBO were facilitating factors. Furthermore, all reported they felt parents and infants benefited from the NBO and 75% indicated they felt it helped to build the parent-infant relationship.²⁶

Barriers

Barriers included lack of time coupled with chaotic home environments.²⁶

Studies Limitations

The majority of the studies point out as limitations the small sample size^{15-17,19,20,22}, and the same studies should include more and different groups of at-risk parents¹⁶. On the randomized studies, there were perceptible differences between the control and the intervention group^{15,19}

Discussion, Conclusion, and Implications for research and practice

Discussion

In the last 10 years, 12 studies covering the NBO intervention and the impact the children and their families were published. The majority of the articles are based in quantitative studies, however with small samples and less significant in terms of characteristics. In addition, randomized studies were also developed, yet they still present limitations as the discernible differences between groups^{15,18,19,21}.

With respect to the application context, the NBO can be applied in several contexts, which meets Nugent²⁷ findings, that states that the NBO is also well suited to the needs and realities of practitioners working with young infants and their families in a multitude of clinical settings. In the other hand, was also verified that the NBO intervention can be done by many different professionals, with different objectives and goals, as referred by Nugent^{11,12,27}, the NBO is being used increasingly by nurses, doctors, home visitors, and other early intervention professionals to help parents become more aware of their baby's capacities and promote the bond between parents and their infants

Families

The majority of the studies were about the NBO impact on the families, several studies refer that the parents felt more confident, satisfied, with more knowledge about their children and their development, and with improved interaction between them. The majority of the studies focus about the NBO impact in the families, several studies state that the parents felt more confident, satisfied, with more knowledge about their child, and with improvements in their relationship. It was also verified that this intervention needs to be considered for post-partum depression prevention¹⁸.

In this perspective, UK government strategy has been to support the well-being of families antenatal and postnatally, especially the child's social and emotional development from birth and the mother's mental health, the NBO is a valuable addition to the repertoire of programs for prevention and early intervention in the UK.

The analyzed studies shown that the parents consider the NBO intervention as excellent, that allows them to increase their confidence, satisfaction, family knowledge about their baby and development. This is also confirmed by UK government strategy, after analysis of 543 questionnaires, citing Savage-McGlynn and Hawthorne, 2014, showed that parents reported feeling considerably closer to their baby and more confident in their parenting capacity²⁸. They also felt more able to help their baby with sleep and crying behaviors and felt they knew their baby significantly more. Overall, results suggest that NBO participation is a positive experience for parents in learning about their infant. The NBO is therefore a tool that can offer individualized information to parents about their baby, providing the opportunity to promote a positive bond between parent and child, and it is an overwhelmingly positive experience for parents in learning about their infant.²⁸

NBO Intervention also enhanced their relationship and confidence in the clinician, show in three studies.

Health professionals

On this topic, some studies were developed after the professionals NBO training. Comparing pre- and post-training data, significant improvement in residents' practices and attitudes followed CLNBAS training ($p < .001$). Positive change occurred in both content and interactional components of practice ($p < .001$).²⁹

In another study, performed on health professionals, working on the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), after NBO training, 100% of the pediatric professionals, were either very satisfied

or generally satisfied with the training in preparing them to use the NBO in their practices with parents of preterm infants. They felt very well prepared to use the NBO in their practices. They agreed that they learned a great deal about newborn behavior and development and 91% said they learned a great deal new about how to interact with parents of premature infants. In addition, they felt very confident to address a range of clinical topics with parents.³⁰

In the UK, surveyed practitioners (N = 241) consistently felt more confident in their ability to describe infant behavior ($p = 0.001$; Foley & Hawthorne, 2014). In written responses on the post-training questionnaire, three general themes emerged: (a) training will help practitioners help parents understand infants, (b) practitioners were empowered to put theory into practice, and (c) the training should be incorporated into curriculum for health professionals.²⁸

In Australia, professionals reported that the NBO had been useful in families with a wide array of challenges to parent-infant relationship quality, including parents with mood disorder, parents living with substance abuse, young parents, new migrants, parents with preterm or sick babies, and families who have experienced the previous death of a child³¹.

In Norway, also based on the post-NBO training evaluations, participants reported that they were very positive about the training, making comments such as: “highly relevant content,” “increased knowledge,” “high quality lectures,” “positive attitude to the method” The vast majority confirmed that they wanted to use the NBO system in their practice and that it was important to them to become certified in the use of the NBO³².

Characteristics of NBO

Regarding the NBO characteristics, was verified that it's a flexible intervention:

5 studies consisted on a single intervention with the NBO^{16,17,20,22,25}, 3 applied the intervention to 8 sessions^{19,21,15} 2 studies estudos used the intervention for 2 times^{18,24}. Also to point out that 5 studies applied the intervention to the child's first week of living^{16-18,24}, showing that just the NBO intervention itself present significant statistics results.

Beside being one instrument to apply since the birth until the 3 months of living, also allows its application to healthy children or with development risks³³, as the case of premature, primiparous mothers, or with depression diagnose. This results are also refereed on the Australian experience, NBO Australia at The Women's set out to offer regular, affordable training workshops for organizations and individuals working with newborns and their parents across Australia and New Zealand; to use the funds raised from those trainings to fund part-time NBO teaching, mentoring, and clinical salaries for the faculty; to support introducing the

NBO as part of routine care for targeted vulnerable patient groups; and to support its use as indicated for new mothers (and their families), identified as at risk or struggling, at the hospital and elsewhere³¹.

The National Network for Infant Mental Health in Norway believes that NBO training for all professionals working with young children and their families is most effective when designed to foster family-centered, culturally competent, and developmentally appropriate services.³²

The NBO is a flexible tool that can readily be integrated into an EI model of care³⁴. Availability of time was the greatest barrier to use of this tool with newborns and parents²⁹ Time constraints were sighted as the factor which most interfered with residents' use of the tool as a regular component of newborn primary care.

Conclusion

NBO is a flexibly instrument flexibly, and it would potentially fit with existing maternity and neonatal care as well as with community-based programs, with early evidence of its effectiveness for diverse families, and a manageable training program²⁷.

It can be applied by different professionals, in different contexts, and with different objectives and methodologies. Its application also allows one variety of results, related to the family experience, with a major interaction between the parents and their child, bigger confidence, satisfaction, major knowledge for the child competency's, and with understanding about the infant development, associated also to the reduction of the post-partum depression and anxiety. On the clinician perspective, NBO intervention also enhanced their relationship and confidence, and with more knowledge during the intervention application.

Beside the benefits demonstrated here, being a viable intervention for the health policies', as the UK, Norway and Australian example, the time will be a barrier for the establishment of this intervention.

Implications for practice

As shown by the articles analysed, the NBO can be an effective intervention in enhancing engagement, encouraging maternal role transition, and promoting attachment and bonding, to be integrated on the health policies'.

Conflict of interest

There is no conflict of interest to report regarding this scoping review.

REFERENCES

1. Brazelton TB, Greenspan SI. A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. 6.^a ed. Lisboa: Editorial Presença; 2009.
2. Cruz O. Parentalidade. Porto: Livpsic; 2013. 1-200 p.
3. Direcção-Geral da Saúde. Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direcção- Geral da Saúde; 2013. 1-121 p.
4. Direcção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde; 2005. 50 p.
5. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. O mundo da Criança: da infância à adolescência. 17.^a ed. São Paulo: Mc Graw Hill; 2009. 1-707 p.
6. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador Informe Final. OMS. 2007;82.
7. Brazelton TB. O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 12.^a ed. Lisboa: Editorial Presença; 2010. 1-535 p.
8. Lester BM, Sparrow J. Nurturing Children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2013. 1-376 p.
9. Brazelton TB, Sparrow J. The Touchpoints Model of Development [Internet]. Brazelton Touchpoints Center. 2003 [citado 1 de Maio de 2015]. Obtido de: http://fundacaobgp.com/ficheiros/artigos/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_20_07.pdf
10. Gomes-Pedro J. CLNBAS A Avaliação Neuro-Comportamental do Recém-Nascido para Aplicação Clínica. Acta Pediátrica Port. 2003;34(6):389–91.
11. Nugent JK. The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton's legacy. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2013;26(3):173–9.
12. Nugent JK. The Newborn Behavioral Observations (NBO) System as a form of intervention and support for new parents. Zero Three. 2015;36(1):2–10.
13. Nugent JK. The Development of the NBAS A Turning Point in Understanding the Newborn. Em: Lester BM, Sparrow J, editores. Nurturing children and families: building on the legacy of T Berry Brazelton: building on the legacy of T Berry Brazelton. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2013. p. 1–376.
14. Bartram Samantha C, Barlow J, Wolke D. The Neonatal Behavioral Assessment Scale

- (NBAS) and Newborn Behavioral Observations system (NBO) for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;(6). Obtido de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011754/abstract%5Cnhttp://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD011754/asset/CD011754.pdf?v=1&t=iguwu0pa&s=77e293bc10ad590e100adfa95335ad8162b222f7>
15. McManus BM, Nugent JK. Feasibility study of early intervention provider confidence following a neurobehavioural intervention for high-risk newborns. *J Reprod Infant Psychol*. 2011;29(4):395–403.
 16. Cheetham NB, Hanssen TA. The Neonatal Behavioral Observation System : A tool to enhance the transition. *Nurs Sci*. 2014;34(114):48–52.
 17. Sanders LW, Buckner EB. The Newborn Behavioral Observations system as a nursing intervention to enhance engagement in first-time mothers: feasibility and desirability. *Pediatr Nurs*. 2006;32(5):455–9.
 18. Nugent JK, Bartlett JD, Valim C. Effects of an Infant-Focused Relationship-Based Hospital and Home Visiting Intervention on Reducing Symptoms of Postpartum Maternal Depression A Pilot Study. *Infants Young Child*. 2014;27(4):292–304.
 19. McManus BM, Nugent JK. A Neurobehavioral Intervention Incorporated into a State Early Intervention Program is Associated with Higher Perceived Quality of Care Among Parents of High-Risk Newborns. *J Behav Heal Serv Res*. 2014;41(3):381–9.
 20. Mulkey JL. *Prenatal Maternal Stress and Neurobehavioral Development of the Neonate*. University of California, Berkeley; 2013.
 21. Goodman JH, Prager J, Goldstein R, Freeman M. Perinatal Dyadic Psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(3):493–506.
 22. Hartblay M. A Case-Study Probe of Relationship-Based Intervention as a Point of Entry with Families of Infants with Hearing Loss. *Ab Initio Int* [Internet]. 2010 [citado 23 de Dezembro de 2016]; Obtido de: <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2010/art2.html>
 23. Fishman J, Vele E, Keefer C, Minear S, Johnson L, Nugent K. The Effect of the NBO on Caregiver Relationships. *Ab Initio Int* [Internet]. 2006;Summer. Obtido de: <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2007summer/index.html>
 24. Kashiwabara E. Effectiveness of the NBO with Japanese Parents with Breastfeeding Difficulties. *Ab Initio Int* [Internet]. 2013; Obtido de:

<http://www.childrenshospital.org/research-and-innovation/research/centers/brazelton-institute/ab-initio-international-program/effectiveness-of-the-nbo-with-japanese-parents-with-breastfeeding-difficulties>

25. Alvarez Gómez MJ. Using the NBO in pediatric primary care in Spain. *Ab Initio Int* [Internet]. 2007; Obtido de: <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2007summer/art0.html>
26. Holland A, Watkins D. Flying Start health visitors' views of implementing the Newborn Behavioural Observation: barriers and facilitating factors. *Community Pract J Community Pract & Heal Visit Assoc*. 2015;88(6).
27. Nugent JK, Keefer CH, Minear S, Johnson LC, Blanchard Y. *Understanding Newborn Behavior and Early Relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook*. Baltimore: Brookes Pub. Co; 2007.
28. Hawthorne J. Influencing Health Policy in the Antenatal and Postnatal Periods: The UK Experience. *Zero Three* [Internet]. 2015;36(1):21–7. Obtido de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=110441777&site=ehost-live>
29. McQuiston S, Kloczko S, O'Brien N. Training pediatric residents in the Newborn Behavioral Observations (NBO) system a follow-up study. *Ab Initio Int* [Internet]. 2006;Summer. Obtido de: <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2006summer/index.html>.
30. Nugent J, Alhaffer D. The NBO and the March of Dimes NICU Family Support program: The effects of the NBO as an educational and emotional support system for parents of premature infants. *Ab Initio Int* [Internet]. 2006;Summer. Obtido de: <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2006summer/index.html>
31. Nicolson S. Let's Meet Your Baby as a Person: From Research to Preventive Perinatal Practice and Back Again, With the Newborn Behavioral Observations. *Zero Three*. 2015;36(1):28–39.
32. Slinning K, Vannebo UT. The training of infant mental health practitioners: The Norway experience. *Zero Three*. 2015;36(1):40–5.
33. Decreto-Lei n.º 281/2009. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). *Diário da República*. 2009;1ª série(N.º 193 — 6 de Outubro de 2009):7298–301.
34. Mcmanus BM. Integration of the Newborn Behavioral Observations (NBO) System Into Care Settings for High-Risk Newborns. *Zero Three*. 2015;36(September):11–21.

Apêndice X
Programa “Todos a Crescer”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Programa



Discente:

Patrícia Alexandra Carvalho Martins N° 6723

Regente da Unidade Curricular:

Professora Doutora Paula Diogo

Docente Orientador:

Professora Doutora Isabel Malheiro

Lisboa, Janeiro de 2017

LISTA DE SIGLAS

PNSIJ	Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil
DGS	Direção-Geral da Saúde
EQ	<i>Expanding Quality in Infant/Toddler Care Initiative</i>
NBO	<i>Newborn Behavioral Observations</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNV	Programa Nacional de Vacinação

INDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO	5
2. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS.....	9
3. EIXOS ESTRATÉGICOS	10
4. MODELO TOUCHPOINTS.....	11
4.1. A evidência sobre os Touchpoints.....	13
4.2. NBO - Newborn Behavioral Observations.....	14
5. ESTRUTURA DO PROGRAMA: TODOS A CRESCER	166
6. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO:	18
7.. INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	19
BIBLIOGRAFIA	200

Apêndice I - Conteúdo das consultas de Vigilância

Anexo I - Newborn Behavioral Observations (NBO)

Anexo II - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

INTRODUÇÃO

A criança é considerada uma pessoa em desenvolvimento, que se exprime através de comportamentos e respostas resultantes da interação com o ambiente, sob influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora a sequência geral do desenvolvimento humano seja universal, existe um gama alargada de diferenças individuais, que aumenta à medida que as pessoas envelhecem e que resultam das mudanças e interações dos fatores, que na infância aparentam estar associadas à maturação do corpo e do cérebro (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

Apesar das características comuns a todas as crianças, cada uma é única no sentido que diferem na constituição física, na inteligência, nas características da personalidade e nos contextos de vida, pois o desenvolvimento infantil é sujeito a inúmeras influencias tais como: hereditariedade - herança genética inata que o ser humano recebe dos seus pais biológicos; ambiente externo - tal como a família, o nível socioeconómico, a etnia e a cultura; e a maturação - expressão de uma sequência de mudanças físicas e de padrões de comportamento, geneticamente determinada, geralmente relacionada com a idade, e que inclui a prontidão para o domínio de novas competências (Papalia et al., 2009).

O primeiro ano de vida é um período de plasticidade neural e de rápida adaptação aos estímulos, permitindo que o cérebro do bebé se desenvolva ao máximo potencial ou não, dependendo das suas experiências (American Academy of Pediatrics, 2012). Também durante este 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, 2010), consistindo as principais funções parentais no tomar conta do filho, na satisfação das suas necessidades básicas, e no facilitar o desenvolvimento global, em função do seu bem-estar (Cruz, 2013).

A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores fundamentais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida (DGS, 2005). Consequentemente, o desenvolvimento da criança é influenciado pela qualidade dos cuidados prestados à criança e família (Brazelton & Greenspan, 2009).

O desenvolvimento da primeira infância é a chave para uma vida plena e produtiva de uma criança, e para a evolução de uma nação. É também um estágio crítico de desenvolvimento que constitui a base para o futuro bem-estar e aprendizagem das crianças. A evidência

demonstrou que metade do potencial de inteligência de uma pessoa é desenvolvida até aos quatro anos de idade e que as intervenções da primeira infância podem ter um efeito duradouro sobre a capacidade intelectual, a personalidade e o comportamento social. Programas integrados que visam as crianças nos seus primeiros anos são, portanto, críticos para seu desenvolvimento mental e psicossocial (Walter & Wrester, 2009).

De igual modo, o nascimento de um filho, e a conseqüente transição para a parentalidade é um período sensível no ciclo familiar, onde o profissional de saúde tem um papel fulcral na adaptação e na potenciação do sistema familiar.

Nesta perspetiva, insere-se o presente programa, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, na vigilância de saúde infantil da criança durante o primeiro ano de vida.

Este terá por base o Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) de 2013 (Direcção-Geral da Saúde, 2013), utilizando também um modelo concetual, desenvolvimental e relacional, desenvolvido por Brazelton, denominado de *Touchpoints*, com uma abordagem centrada na família. A opção por este modelo prende-se pelo facto de ser um modelo concebido inicialmente para cuidados de saúde primários, orientado para a prevenção, com uma abordagem multidisciplinar, centrando-se no interesse comum pela criança, partilhado por pais e profissionais, construído sobre os pressupostos de exigência e complexidade de educar uma criança, baseada nas forças das famílias (Brazelton & Greenspan, 2009).

Este programa é designado como “Todos a crescer”, pois é considerado um programa de promoção do crescimento e desenvolvimento do potencial da criança, das competências parentais, das interações entre pais e filhos, e das relações entre as famílias e os profissionais de saúde, onde todos os envolvidos, desde as famílias aos profissionais, são convidados a crescer e a desenvolverem-se.

Está estruturado em oito capítulos, onde é abordado o enquadramento do programa, a sua visão, finalidade e objetivos, assim como os seus eixos estratégicos. O 4º ponto aborda o modelo *Touchpoints*. O ponto 5 aborda a estrutura do programa, o ponto 6 as estratégias a implementar e o ponto 7 os indicadores de avaliação.

A metodologia utilizada na estruturação deste programa teve por base as estruturas dos programas de saúde propostos pela Direcção-Geral da Saúde (DGS).

1. ENQUADRAMENTO

O primeiro ano de vida é uma etapa fundamental no desenvolvimento global do ser humano, visto ser marcado por mudanças significativas que ocorrem num ritmo acelerado. Neste período, o rápido crescimento cerebral e amadurecimento das estruturas nervosas possibilitam intensos avanços na área motora, cognitiva, afetiva e social. Desta forma, a capacidade de aprendizagem do bebé é potencializada pela plasticidade cerebral, habilidade do sistema nervoso central em modificar a sua organização estrutural em resposta à ação de estímulos (Papalia et al., 2009). Aos 8 meses de idade as sinapses aumentaram significativamente mantendo-se durante o resto da infância (American Academy of Pediatrics, 2012).

Estudos sobre o desenvolvimento cerebral confirmam a importância das experiências precoces positivas na formação de conexões de células cerebrais, referindo-se essencialmente às interações pais-filhos, que têm um impacto significativo sobre o desenvolvimento emocional da criança e nas competências de aprendizagem. (American Academy of Pediatrics, 2012). Esforços bem-sucedidos na promoção da saúde devem ter em conta a realidade atual de desenvolvimento da criança, assim como as suas expectativas desenvolvimentais e seu potencial de crescimento ao longo do tempo (American Academy of Pediatrics, 2012).

Nessa perspetiva, existem diversos fatores de risco que podem comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança:

- Fatores psicossociais: gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar, mãe solteira, mãe adolescente, inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança, problemas laborais, pobreza ou privação socioeconómica; imigrantes ou refugiados em condições habitacionais precárias.
- Fatores obstétricos: gravidez de alto risco, parto complicado, dificuldade em amamentar
- Fatores da criança: prematuridade, baixo peso à nascença, patologia somática, deficiência, temperamento difícil (Direção-Geral da Saúde, 2005, 2011).

As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Face ao exposto, foi realizado no contexto profissional atual, a identificação de fatores de risco ao adequado desenvolvimento infantil e à parentalidade, recorrendo à monitorização dos nascimentos ocorridos, que é feita anualmente (com recurso a uma base de dados criada e aos sistemas de informação cedidos pela tutela). Após a análise dos dados de 2015, foram identificados os seguintes:

- Naturalidade materna: cerca de 45% dos nascimentos correspondem a mães imigrantes, pertencentes a minorias étnicas;
- Idade materna: cerca de 4% de mães adolescentes e 15% com mulheres com idades compreendidas entre os 20 e 24 anos;
- Nº de filhos: cerca de 60 % são mães primíparas;
- Mães solteiras: corresponde a cerca de 25% dos nascimentos;
- Risco de gravidez: cerca de 28% foram gravidezes de risco de biológico, 2% de risco social, sendo as restantes gravidezes de baixo risco obstétrico;
- Tipo de parto: cerca de 45% foram partos distócicos e 15% partos pré-termo, ficando internados cerca de 6% dos recém-nascidos;
- Peso à nascença: cerca de 13% dos RN apresentou baixo peso à nascença (<2500gr);
- Índice de APGAR: cerca de 13% dos recém-nascidos apresentou Índice de APGAR <7 ao 1º minuto.

Tendo em conta o referido, e a constatação de que a qualidade das consultas de vigilância de saúde infantil é condicionada por diversos fatores, tais como: a quantidade de parâmetros a avaliar, a quantidade de temas a abordar, o limite temporal de cada consulta e a ansiedade/comportamento da criança e/ou dos pais, sobretudo na fase final da mesma onde são abordados os cuidados antecipatórios e as atividades promotoras do desenvolvimento, surgiu a necessidade de desenvolver novas estratégias de intervenção, como a elaboração de um manual/dossier, ajudando os pais a compreender o temperamento do seu filho e a responder-lhe eficazmente (American Academy of Pediatrics, 2012).

Num outro estudo realizado neste contexto profissional, sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo, em 2015, verificou-se que ao nascimento, no primeiro, quarto e sexto mês foi, respetivamente, 93,1 %, 75,9%, 27,6%, 24,1%, sendo idêntico aos dados nacionais apresentado no Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância (EPACI) Portugal 2013, (Graça, 2014), onde a prevalência do aleitamento materno ao nascimento, aos 4

e 6 meses foi, respetivamente, 90,8%, 33,4% e 18, 9%, contrariando as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

No estudo sobre a prevalência do aleitamento materno no contexto profissional, as razões que influenciam negativamente esta prática, enumeradas mais frequentemente pelas mães, estavam relacionadas com razões socioculturais e problemas com o peito. Estas podem ser prevenidas através do aconselhamento pré-natal e do apoio de profissionais competentes, refletindo a necessidade de melhorar ou criar recursos de apoio mais adequados, após a alta da maternidade.

Por sua vez, em outro estudo que pretendia caracterizar os recém-nascidos admitidos no serviço de urgência pediátrico, do hospital que articula com o contexto profissional, verificou-se que 70% das idas ao serviço de urgência pediátrica foram consideradas clinicamente injustificadas. Também a inexperiência dos cuidadores pareceu condicionar uma maior (e desadequada) utilização destes serviços, uma vez que a maioria das mães eram primíparas. Como conclusões, este estudo refere que deve ser fortalecida a relação dos cuidadores com os cuidados de saúde primários e enfatizada formação em perinatologia (Albuquerque, Santos, Batalha, Lito, & Cunha, 2015).

No que toca à saúde mental na Infância, apesar dos estudos serem escassos, verifica-se que as perturbações mentais na infância, aumentaram de 2013 para 2014 (58 para 67 casos), a nível nacional, destacando-se a região de Lisboa e Vale do Tejo, na faixa etária < 5 anos, com um maior número de casos (DGS, 2016). Estas perturbações mentais estão relacionadas com as dificuldades na relação mãe-bebé, a dificuldade do bebé em se autorregular e mostrar interesse no mundo, a dificuldade do bebé em envolver-se na relação com o outro e em estabelecer relações diferenciadas, a ausência de reciprocidade interativa e de capacidade de iniciar interação, as perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente e a insónia grave (Marques & Cepêda, 2009). Nesta perspetiva, são defendidos a implementação de estratégias de promoção e prevenção em saúde mental (World Health Organisation, 2013), e de intervenção precoce (Marques & Cepêda, 2009).

Assim, na procura da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem, deve ajudar a criança a alcançar o máximo potencial da sua saúde, sendo um dos elementos importantes o fornecimento de informação orientadora de cuidados antecipatórios dirigidos às famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Este programa assenta nos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS): cidadania em Saúde; equidade e acesso adequado aos Cuidados de saúde; qualidade em Saúde

e políticas saudáveis (Direcção-Geral da Saúde, 2015), no reforço da promoção e protecção da saúde para valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto, com destaque para os principais determinantes de saúde e para as ações intersectoriais. Incide sobre a infância, tendo em vista o desenvolvimento de gerações saudáveis e pretende ir ao encontro do proposto no PNS:

- O desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam incrementar ações de cidadania em saúde;
- O desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença;
- O desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde;
- O acesso equitativo ao programa nacional de vacinação, programas de rastreio e outros programas de prevenção da doença relacionados com fatores de risco, como é a situação do desenvolvimento infantil;
- A garantia de qualidade na realização de rastreios de base populacional, assegurando assim a equidade e o acesso a estratégias de prevenção de qualidade;
- O reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, através da minimização de fatores de risco para o desenvolvimento infantil e parentalidade.

2. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

Visão

Todas as crianças têm direito a um desenvolvimento ótimo.

Finalidade

Contribuir para a maximização do potencial de desenvolvimento de cada criança e, conseqüentemente, da sua família.

Objetivo geral

Potenciar o desenvolvimento da parentalidade e do lactente, através de cuidados antecipatórios e individualizados.

Objetivos específicos:

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento dos lactentes;
- Detetar precocemente situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida do lactente e encaminhar;
- Promover a interação criança-pais;
- Promover a parceria entre pais e profissionais;
- Promover comportamentos promotores de saúde, como a amamentação, alimentação, sono, higiene oral, vacinação, brincar, etc;
- Promover a saúde mental na criança e sua família;
- Promover a prevenção de acidentes e intoxicações;
- Promover a prevenção dos maus tratos.

3. EIXOS ESTRATÉGICOS

O presente programa pretende ser um instrumento atualizado, prático e de fácil consulta durante as intervenções dos profissionais. Procura igualmente ser um documento agregador de informação científica atual.

Assim, este assenta em três eixos fundamentais:

- **Cuidados Centrados na Família:** é uma abordagem para o planeamento, desenvolvimento e avaliação dos cuidados de saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas, entre as crianças, famílias e profissionais de saúde. Essas parcerias nos níveis clínicos e programáticos são essenciais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2011).
- **Promoção da saúde:** é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (Organização Mundial de Saúde, 1986).
- **Modelo *Touchpoints*:** consiste numa abordagem teórica e prática de um modelo de desenvolvimento perspectivado em torno de momentos chave, focado na criança e centrado na família, que visa potenciar a competência parental na construção da relação pais-filhos e criar uma aliança entre os pais e os profissionais que fazem parte do seu sistema (Brazelton Touchpoints Center, 2016).

4. MODELO TOUCHPOINTS

Brazelton evidenciou-se na área do desenvolvimento da criança, na conceptualização de um modelo de intervenção sistémico de desenvolvimento infantil, baseando-se nas experiências do comportamento da criança com o meio envolvente, no qual se enfatiza a prevenção através de cuidados antecipatórios e a construção de relações de parceria entre pais e profissionais, a que designou *Touchpoints* (Brazelton, 2010).

Touchpoints ou Pontos de Referencia são períodos que ocorrem durante os três primeiros anos de vida em que os esforços de desenvolvimento da criança podem resultar numa rutura pronunciada da vida familiar (Brazelton & Greenspan, 2009).

Este modelo conceptual surge no sentido de uma compreensão do comportamento e do desenvolvimento infantil, e das interações pais-filho, constituindo-se como uma abordagem positiva do desenvolvimento e da parentalidade, onde as competências, diferenças individuais da criança e a potencialidade do sistema criança-pais são valorizadas. Brazelton enfatiza a multidimensionalidade do desenvolvimento, a existência de aquisições desenvolvimentais e períodos de regressão, como percussores de novas competências (Lester & Sparrow, 2013).

A perspetiva deste modelo, reconhece o desenvolvimento como um processo, aceitando as experiências negativas como parte necessária da vida ao dispor do desenvolvimento e promotoras de resiliência. Baseia-se em dois paradigmas: o paradigma do desenvolvimento que descreve o desenvolvimento da criança no contexto familiar como um processo descontínuo com acontecimentos súbitos previsíveis e regressões no desenvolvimento, por exemplo, perturbações no ritmo de sono da criança, e no paradigma relacional, onde enfatiza a importância de conhecer como as famílias são constituídas e mantidas, permitindo que a compreensão do desenvolvimento possa ser apropriada à criança e família. Realça ainda a aliança que os profissionais estabelecem com os pais (Brazelton & Sparrow, 2003).

Segundo o autor, há três influências envolvidas no desenvolvimento da criança: a vida emocional, o ambiente e o desenvolvimento neurobiológico, com as diferenças fisiológicas individuais. Afirma que as forças que impulsionam o desenvolvimento ocorrem dentro do sistema de *feedback* interno, isto é, a capacidade da criança resistir à frustração, tendo isto um papel central na vida emocional da criança; e dentro de um sistema de *feedback* externo, isto é, a influência do ambiente, nomeadamente a estimulação do prestador de cuidados (Brazelton & Sparrow, 2003).

Este modelo foca-se na intervenção precoce, dirigida à família, mas centrada na criança, baseada na partilha com os pais e em descobertas partilhadas relativas às diferenças individuais. O conhecimento prévio destes pontos-chave e as estratégias para lidar com os mesmos podem ajudar a reduzir o *stress*, o medo e a ansiedade dos pais relativos ao desenvolvimento dos seus filhos, convidando-os a encarar os períodos de desorganização como oportunidades de aprendizagem, o que os torna mais seguros e confiantes (Brazelton & Sparrow, 2003).

Este modelo foca-se em quatro objetivos: desenvolvimento ótimo da criança, famílias funcionais, profissionais competentes e comunidades fortalecidas. Rege-se por princípios e assenta em pressupostos, referidos em seguida:

Princípios Orientadores dos *Touchpoints*

- Compreenda e valorize a sua relação com os pais;
- Use o comportamento da criança como linguagem;
- Reconheça aquilo que traz para a interação;
- Esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional;
- Aproveite as oportunidades para promover a mestria parental;
- Concentre-se na relação entre os pais e a criança;
- Valorize a paixão onde quer que a encontre;
- Considere a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades (Brazelton, 2009).

Pressupostos parentais

- Os pais são os peritos dos seus filhos;
- Todos os pais têm forças;
- Todos os pais querem fazer bem com os seus filhos;
- Todos os pais têm algo a partilhar em cada etapa do desenvolvimento;
- Todos os pais têm sentimentos ambivalentes;
- A parentalidade é um processo contruído por tentativa e erro (Brazelton & Sparrow, 2003).

4.1. A evidência sobre os *Touchpoints*

Os *Touchpoints*, baseados na evidência, demonstram ser eficazes numa diversidade de contextos, desde Centros de Saúde, Serviços de Educação, comunidades tribais, etc.

Também em termos de resultados, verifica-se que a sua utilização:

- Aumenta significativamente o conhecimento dos profissionais sobre o desenvolvimento da criança e sobre as relações com as famílias;
- Melhora as relações entre os profissionais e as famílias;
- Melhora a relação entre os diversos profissionais;
- Melhora as relações entre os pais e filhos;
- Normaliza as perceções dos pais sobre o comportamento dos seus filhos;
- Melhora os resultados de desenvolvimento infantil;
- Melhora os indicadores de saúde mental materna;
- Potencia resultados e aleitamento materno mais prolongado (Brazelton Touchpoints Center, 2008, 2017).

Num estudo piloto, baseado neste modelo de intervenção, desenvolvido em mães adolescentes, verificou-se um aumento significativo na autoconfiança parental após a intervenção (Percy & McIntyre, 2001).

No Colorado foi iniciado um programa baseado no modelo *Touchpoints* em 2005, integrado já num programa existente, designado de *Expanding Quality in Infant/Toddler Care (EQ) Initiative*. Este programa consistiu em formação de profissionais neste modelo, fornecendo apoio inicial, financiamento, supervisão e uma rede de conexões entre os profissionais especialistas na primeira infância (Watson, Koehn, & Desrochers, 2012).

Após 7 anos, 11 municípios do Estado Colorado foram abrangidos pelo programa, com resultados significativos para os indivíduos e para as comunidades envolvidas:

- **Prática individual**: o Modelo *Touchpoints* fortaleceu as relações entre os profissionais e as famílias. Avaliando o conhecimento dos profissionais antes e após o treino em *Touchpoints*, verificou-se um aumento de conhecimento por parte dos formandos de cerca de 67%. Verificou-se também uma mudança de atitude, mais positiva sobre as relações com as famílias.
- **Sistema de desenvolvimento profissional**: verificou-se um aprofundamento da aprendizagem, essencialmente em torno do foco do trabalho com as famílias, reconhecendo estes como os especialistas nos seus filhos e usando o

comportamento da criança como linguagem. Suporta também a prática reflexiva que é essencial para a mudança da prática profissional.

- **Colaboração na comunidade**: os pontos de contato alargaram-se fruto do programa em vigor, reunindo mais profissionais, de diversas áreas para refletir sobre as crianças pequenas. Os valores, princípios e pressupostos do modelo *Touchpoints* são usados para apoiar a colaboração dentro da comunidade da primeira infância. Isso criou uma estrutura na qual os participantes valorizaram e exploraram diferentes perspectivas, contribuindo para o desenvolvimento das próximas etapas (Watson et al., 2012).

4.2. NBO - *Newborn Behavioral Observations*

Uma das mais-valias deste modelo conceptual, assenta no Princípio “use o comportamento da criança como linguagem”, e nesta perspetiva Brazelton desenvolveu a *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS), que a partir da sua aplicação clínica, deu origem à NBO.

A NBO é considerada um instrumento de favorecimento relacional, tanto entre pais e bebés como entre pais e profissionais, funcionando como um alicerce das partilhas continuadas e progressivas ao longo do ciclo de vida, sobretudo na infância e juventude (Gomes-Pedro, 2003). Permite conhecer o repertório neuro-comportamental do bebé, assim como a sua individualidade e identidade, o seu estilo temperamental e as suas competências adaptativas (Gomes-Pedro, 2003).

Consiste em 18 itens de observações neuro comportamentais, que avaliam as capacidades de autorregulação, de habituação do bebé face a estímulos sonoros e luminosos, a qualidade do tónus motor e o nível de atividade, a resposta ao stresse, as capacidades visuais, auditivas e interativas do bebé (Anexo I). O foco deste instrumento é na construção da vinculação segura entre a díade/tríade e não sobre a avaliação da criança, sendo aplicado desde as 36 semanas de gestação até aos 3 meses de vida (Nugent, 2013, 2015).

Com o objetivo de mapear o conhecimento existente sobre este instrumento, foi realizada uma *scoping review*, em que se verificou que a NBO é um instrumento flexível, que pode ser aplicado em diversos contextos como o hospitalar (maternidades e contextos neonatais) ou na comunidade (Centros de saúde, domicílios, clínicas particulares, creches, etc).

Podendo ser aplicada por diversos profissionais, como enfermeiros, médicos, psicólogos, profissionais de intervenção precoce, educadores, etc., a sua aplicação permite

diferentes objetivos e metodologias, e conseqüentemente, vários resultados, relacionados com a experiência familiar, aumentando a interação entre os pais-filhos. Desenvolve também a confiança, a satisfação, e o conhecimento das competências da criança e a sua compreensão sobre o desenvolvimento infantil por parte dos pais, permitindo, de igual modo, a redução da depressão pós-parto e a ansiedade materna. Na perspectiva dos profissionais de saúde, a intervenção com a NBO permite melhorar sua relação com as famílias, a sua autoconfiança, e os seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil.

O tempo foi a principal barreira indigitada no estabelecimento desta intervenção, contudo é considerada uma intervenção viável para as políticas de saúde, sendo já integrada em três países como o Reino Unido, a Noruega e a Austrália, onde é feita a certificação pelos centros Brazelton, de cada país, e financiados pelos Estados (Hawthorne, 2015; Nicolson, 2015; Slinning & Vannebo, 2015). A integração da NBO nestes sistemas de saúde baseia-se essencialmente na promoção da vinculação segura e na promoção da saúde mental dos pais e das crianças.

Sendo o Programa Nacional para a Saúde Mental considerado um programa de saúde prioritário para a DGS (Despacho n.º 6401/2016, 2016), **considera-se a integração deste instrumento como valioso neste programa.**

Também no âmbito de uma *Selective Review*, com o objetivo de conhecer as intervenções clínicas para melhorar a saúde mental infantil, o modelo *Touchpoints* foi considerado uma das abordagens universais e preventivas na área da saúde mental Infantil (Zeanah, Stafford, & Zeanah, 2005).

5. ESTRUTURA DO PROGRAMA: TODOS A CRESCER

O programa irá decorrer nas idades-chaves previstas no PNSIJ, devido à harmonização com o novo Programa Nacional de Vacinação. O cumprimento da vigilância será feito em consultas de enfermagem e médicas, em consultas subsequentes. Em cada consulta de vigilância, serão avaliados os parâmetros como indicado no PNSIJ, assim como os temas sugeridos para cada idade chave no Modelo *Touchpoints*, as oportunidades para a prática sugeridas e abordados os cuidados antecipatórios baseados neste modelo, como descritos no apêndice I.

Para uma melhor eficácia e eficiência dos recursos e tempo, os cuidados antecipatórios sugeridos no PNSIJ, serão abordados oralmente e de forma escrita, entregue após cada consulta de vigilância, prevendo-se a construção de um Dossier/manual para os pais, cumprindo-se o recomendado no mesmo de que os temas sugeridos poderão ser abordados através da distribuição de material (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Em todas as consultas devem-se avaliar:

- Preocupações dos pais, no que diz respeito à saúde;
- Intercorrências de saúde desde a consulta anterior (terapêutica, idas à urgência, outras consultas, etc.);
- Integração educativa e adaptação;
- Hábitos alimentares;
- Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial;
- Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o PNV (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com o lactente e a família. No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe (pelo risco de depressão pós-parto), encaminhando precocemente os casos identificados que poderão interferir no desenvolvimento da criança (Direcção-Geral da Saúde, 2013). Esses dados deverão ser registados nos sistemas de informação disponibilizados.

Para avaliação da depressão pós-parto materna, irá ser utilizada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, que é um instrumento coadjuvante no diagnóstico, indicando a sua probabilidade, mas não a sua gravidade (não substitui a avaliação clínica), entre as 4 e 6

semanas após o parto, como recomendado no novo Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Anexo II) (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Deve-se ter especial atenção à relação emocional mãe/pai/criança, à qualidade da vinculação, à deteção de sinais e sintomas de maus-tratos, ou dos relacionados com o risco de mutilação genital feminina (Direção-Geral da Saúde, 2015). Todas as situações mencionadas anteriormente, assim como os fatores de risco, fatores de proteção e fatores de agravamento deverão ser registadas no módulo do Programa de Saúde infantil e Juvenil nos sistemas de informação de apoio às consultas médica e de enfermagem no separador “Avaliação do Risco Familiar”. Esta avaliação deverá estar de acordo com o documento da DGS “Manual de maus-tratos em crianças e jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Como instrumentos de avaliação do desenvolvimento, será utilizada a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada como preconizado no PNSIJ, nas idades-chaves recomendadas: 1, 4, 6 e 9 meses.

Nas duas primeiras consultas, reconhecendo o impacto da NBO no processo de vinculação, na prevenção da depressão pós-parto, e na promoção da competência parental, esta será aplicada a todos os recém-nascidos, compartilhando essa observação com os pais.

6. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO:

- Divulgar e promover o Programa “Todos a crescer” junto dos profissionais do contexto profissional, através de uma reunião de Conselho Geral;
- Divulgar e promover o Programa “Todos a crescer” junto da Direção Geral de Saúde;
- Elaborar um manual/dossier para pais com os cuidados antecipatórios previstos no PNSIJ, ajustados às idades-chaves, e entregue aos pais nas consultas, tendo por base o Modelo *Touchpoints*;
- Elaborar um manual de registos para a equipa de forma a uniformizar os mesmos, facilitando posteriormente a avaliação do programa;
- Promover a articulação com outras entidades para impressão de manual para os pais;
- Promover a articulação com a Fundação Brazelton Gomes-Pedro, no sentido de delinear estratégias de formação para os profissionais da Unidade, assim como de acompanhamento e monitorização do programa;
- Frequentar formação para certificação da NBO;
- Promover a recolha, o tratamento e a análise de informação, que permita monitorizar os cuidados de saúde infantil;
- Elaborar relatório anual de monitorização e avaliação do programa.

7. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Pretende-se que a avaliação e monitorização deste programa, seja um processo dinâmico. A informação recolhida deve permitir avaliar a qualidade dos cuidados prestados às crianças e suas famílias no primeiro ano de vida.

Numa primeira fase são estabelecidos alguns indicadores quantitativos, acessíveis nos sistemas de informação clínica disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários, indo ao encontro da possibilidade de registo nos mesmos (médico e enfermagem).

Indicador	Forma de cálculo	Meta
Proporção de lactentes vigiados (6 consultas)	Nº crianças vigiadas (6 consultas) /nº total de crianças x100	70%
Proporção de crianças a amamentar exclusivamente até aos 4 meses	Nº crianças a amamentar até aos 4 meses /nº total de crianças elegíveis para amamentação x100	50%
Proporção de lactentes com idas à urgência com situações clinicamente injustificadas	Nº de crianças com idas à urgência sem necessidade de internamento/ nº total de crianças x100	40%
Situações que levam os pais a procurar apoio fora do âmbito das consultas		
Proporção de crianças encaminhadas para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI)	Nº de crianças encaminhadas para o SNIPI/ nº total de crianças x100	
Proporção de crianças identificadas com maus tratos	Nº de crianças identificadas com maus tratos/ nº total de crianças x100	
Proporção de mães com diagnóstico de depressão	Nº de mães com diagnóstico de depressão/nº total de mães x100	
Proporção de díades com vinculação segura	Nº de díades com vinculação segura/ nº total de díades x 100	70%

Progressivamente, pretende-se que sejam elaborados indicadores qualitativos dos cuidados prestados às crianças e suas famílias. Compilando estes dados é possível aos profissionais apoiar no processo de comparação, compreensão e melhoria contínua dos cuidados em saúde infantil, numa perspetiva proactiva. Pretende-se igualmente desenvolver estudos de caso, tendo como critérios de seleção das famílias a estudar: mãe primípara, e criança com um fator de risco biológico ao desenvolvimento (prematuridade, baixo peso ao nascer, com patologia associada).

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, C. L., Santos, J., Batalha, S., Lito, D., & Cunha, F. (2015). O Recém-Nascido no Serviço de Urgência - Que Triagem ? *Acta Medica Portuguesa*, 46, 357–364.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Promoting Child Development. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2008.08.001>
- Brazelton, T. B. (2009). Conceito de Pontos de Referência. Em *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. (2010). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints Model of Development. Obtido 1 de Maio de 2015, de http://fundacaobgp.com/ficheiros/artigos/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2004). *A criança e o sono: O método Brazelton*. Barcarena: Editorial Presença.
- Brazelton Touchpoints Center. (2008). A Review of the Early Care and Education Literature : Evidence Base for Touchpoints This executive summary provides an empirical and theoretical foundation for Touchpoints , focusing on its developmental underpinnings , its relational approach , and its a. Obtido 17 de Abril de 2016, de http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/A_Review_of_the_Early_Care_and_Education_Literature__Evidence_Base_Oct_2008.pdf
- Brazelton Touchpoints Center. (2016). *Touchpoints Reference Guide and Participant Training Materials*. Boston: Brazelton Touchpoints Center.
- Brazelton Touchpoints Center. (2017). Evidence-Based Research. Obtido 1 de Fevereiro de 2017, de <https://www.brazeltontouchpoints.org/about/evidence-based-research/>
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Despacho n.º 6401/2016. (2016). Programas de Saúde Prioritários. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 94 — 16 de maio de 2016, 15239.

- DGS. (2016). *Saúde Mental em números – 2015*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. [http://doi.org/ISBN 978 972 675 233 2](http://doi.org/ISBN%20978%20972%20675%20233%202)
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Gomes-Pedro, J. (2003). CLNBAS A Avaliação Neuro-Comportamental do Recém-Nascido para Aplicação Clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(6), 389–391.
- Graça, P. (2014). *Portugal - Alimentação Saudável em números*. Direção Geral de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [http://doi.org/ISSN: 2183-0738](http://doi.org/ISSN:2183-0738)
- Hawthorne, J. (2015). Influencing Health Policy in the Antenatal and Postnatal Periods: The UK Experience. *Zero to Three*, 36(1), 21–27. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=110441777&site=ehost-live>
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (2011). Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals - how to get started. *Institute for Patient-and Family-Centered Care*, 20814(301), 1–29. Obtido de www.ipfcc.org
- Lester, B. M., & Sparrow, J. (2013). *Nurturing Children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações Para a Prática Clínica Da Saúde Mental Infantil e Juvenil Nos Cuidados De Saúde Primários*. Ministério da Saúde. Obtido de <file:///C:/Users/Bonus/Downloads/i015903.pdf>
- Nicolson, S. (2015). Let's Meet Your Baby as a Person: From Research to Preventive Perinatal Practice and Back Again, With the Newborn Behavioral Observations. *Zero to Three*, 36(1), 28–39.
- Nugent, J. K. (2013). The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton's legacy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(3),

- 173–179. <http://doi.org/10.1111/jcap.12043>
- Nugent, J. K. (2015). The Newborn Behavioral Observations (NBO) System as a form of intervention and support for new parents. *Zero to Three*, 36(1), 2–10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–14.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*, 1(1), 9.
- 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.
- Percy, M., & McIntyre, L. (2001). Using Touchpoints to Promote Parental Self-Competence in Low-Income, Minority, Pregnant, and Parenting Teen Mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(3), 180–186.
- Slinning, K., & Vannebo, U. T. (2015). The training of infant mental health practitioners: The Norway experience. *Zero to Three*, 36(1), 40–45.
- Walter, F., & Wrester, F. (2009). Early Childhood Development: *the Journal of Childhood Development*, 23(232), 23. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61450-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61450-5)
- Watson, W., Koehn, J., & Desrochers, L. (2012). Expanding Quality for Infants and Toddlers: Colorado Implements Touchpoints. *Young Children*, 67(4), 58–64. Obtido de http://ezproxy.lib.ucf.edu/login?url=http://search.proquest.com/docview/1314315764?accountid=10003%5Cnhttp://sfx.fcla.edu/ucf?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:ericshell&atitle=Expanding+Quality+for+I
- World Health Organisation. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. *Geneva: 66th World health Assembly*, (May), 1–27. Obtido de <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Comprehensive+mental+health+action+plan+2013+?+2020#0>
- Zeanah, P. D., Stafford, B., & Zeanah, C. H. (2005). Clinical Interventions to Enhance Infant Mental Health: A Selective Review. *National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA*. Obtido de <http://eric.ed.gov/?id=ED496852>

Anexo I

Conteúdo das consultas de Vigilância

1ª Consulta

PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013)		Modelo <i>Touchpoints</i> (Brazelton, 2010)		
Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios	Principais temas do Recém-nascido (RN)	Oportunidades potenciais para a prática	Orientação antecipatória
Peso	Alimentação	Saúde da criança – os pais precisam de ter a certeza que o bebé é saudável, se não o for exigem honestidade e apoio para lidarem com o problema de saúde da criança	NBO – como instrumento para conhecer as competências do bebé e como lidar com ele.	Tentativa e erro – a responsabilidade por outra vida pode ser esmagadora. Afirmar um processo gradual, de tentativa e erro, no contexto de apoio pessoal e profissional ajudará os pais a prepará-los para o desafio, mas não a eliminar a ansiedade subjacente
Comprimento	Vitamina D			
IMC	Higiene			
Perímetro Cefálico	Posição ao deitar			
Coração	Hábitos de sono	Emoções parentais – com o nascimento os pais passam por emoções intensas e muitas vezes extremas e confusas. O bebé traz a lume todas as forças e vulnerabilidades emocionais dos pais	A história do nascimento – como decorrer o parto, a experiência, se foi ao encontro das expectativas	Alimentação – diferenciar a sucção nutritiva e não nutritiva. Observar um momento de alimentação e apoiar a preparação pode ser benéfico.
Anca	Hábitos intestinais e cólicas			
Visão	Desenvolvimento			
Audição	Acidentes e segurança			
Exame Físico	Temperatura normal e febre	O Bebê real – as características específicas do bebé e a sua descoberta começam a substituir o bebé idealizado	Suporte - O papel do pai, a presença ou ausência de família alargada, colegas de trabalho, e amigos	Comportamento como linguagem – a leitura do comportamento da criança relativamente aos estados de consciência, ajuda os pais a compreenderem a linguagem comportamental do bebé.
Desenvolvimento	Sintomas/sinais de alerta			
Vacinação	Vacinação - Vantagens e reações			
Relação emocional/ Comportamento (perturbações)	Relação emocional	Afeição – as relações com os bebés intensificam-se e crescem durante o primeiro ano, mas os primeiros laços emocionais entre os pais e a criança são estimulados pelos acontecimentos dos primeiros minutos e horas passados em conjunto		Brincar - enfatizar a importância de interações lúdicas durante e nas diferentes rotinas dos cuidados (mudar a fralda, amamentar, banho, etc), permite aos pais maior liberdade e prazer nas interações com o bebé
Risco de maus tratos				
Segurança do ambiente				

1º Mês

PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013)		Modelo <i>Touchpoints</i> (Brazelton, 2010)		
Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios	Principais temas do RN	Oportunidades potenciais para a prática	Orientação antecipatória
Peso	Alimentação	Exaustão parental – o bem-estar emocional dos pais está particularmente vulnerável por esta altura. As mães ainda estão a recuperar do parto e podem estar a sofrer de depressão pós-parto. As exigências do bebé são grandes, mas a sua capacidade de interagir ainda não está bem definida	Interpretando os estados – ler e interpretar o comportamento do bebé, enquanto se altera entre os estados de sono e vigília, ajuda os pais a identificar o temperamento do bebé e normaliza os comportamentos que podem ser confusos para os novos pais.	Período de agitação – é previsível um aumento da irritabilidade por parte do bebé para o final do dia, fruto da sobrecarga do dia-a-dia. A Antecipação deste comportamento ajuda os pais a lidar com ele, permitindo compreender o seu valor para o desenvolvimento da criança
Comprimento	Vitamina D			
IMC	Posição ao deitar			
Perímetro Cefálico	Hábitos de sono			
Coração	Hábitos intestinais e cólicas			
Anca	Desenvolvimento	Alimentação – as exigências dos cuidados do bebé giram em torno da alimentação e do sono.	Sistemas de apoio – avaliar os apoios à mãe nesta fase. Determine como os relacionamentos como os amigos família e comunidade pode assistir ou restringir a sua parentalidade. Ajudar a identificar fontes de apoio real.	Sucção do polegar ou chucha – Discutir as tentativas iniciais do bebé se controlar no seu ambiente, nomeadamente a sua capacidade de auto confortar-se.
Visão	Acidentes e segurança			
Audição	Sintomas/sinais de alerta			
Exame Físico	Sinais/sintomas comuns	Individualidade – a organização do comportamento e do temperamento do bebé começa a tornar-se mais evidente. Começa a mostrar aos pais como reage aos esforços feitos para cuidarem dele.	Interação – responder a questões sobre alimentação, reconhecendo a contribuição do bebé para a interação. Se o pai presente, observar a interação entre os 3 membros da família	Stress dos pais – antecipar a própria capacidade dos pais para lidar com todas estas mudanças. Apesar da exaustão e da exigência desta fase, eles se estabelecerão, através de um processo de tentativa e erro, como pais competentes. Observar a sua competência e elogiá-la, assim como o seu processo de aprendizagem na consulta atual e anteriores.
Desenvolvimento	Vacinação - Vantagens e reações			
Vacinação	Relação emocional			
Relação emocional/ Comportamento (perturbações)		Relações – as alterações na vida dos pais são agora mais notórias. A relação entre os próprios pais está a modificar-se, assim como as relações com a família alargada, amigos e sociedade.		
Risco de maus tratos				
Segurança do ambiente				

2º Mês

PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013)		Modelo <i>Touchpoints</i> (Brazelton, 2010)		
Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios	Principais temas do RN	Oportunidades potenciais para a prática	Orientação antecipatória
Peso	Alimentação	Sociabilidade - o bebe começa a tornar-se mais sociável. A sua crescente capacidade de estabelecer relações com o mundo, maiores períodos de vigília, atenção visual, sorrisos, dá aos pais a oportunidade de interagirem com a criança para além da prestação de cuidados.	Interação – observar a capacidade de reposta dos pais às interações do bebé. Se o pai não compreende essas interações, devem ser facilitadas por parte dos profissionais.	Explosão cognitiva – preparar os pais para a explosão cognitiva dos próximos meses. As rotinas de alimentação e sono podem ser interrompidas à medida que a criança ganha cada vez mais interesse no mundo exterior.
Comprimento	Vitamina D			
IMC	Posição ao deitar			
Perímetro Cefálico	Hábitos de sono			
Anca	Hábitos intestinais e cólicas	Autoconfiança Parental – agora com uma perspetiva mais definida da paternidade. As rotinas da alimentação e do sono começam a estabilizar e tornam-se mais previsíveis, os pais tornam-se mais autoconfiantes. Já distinguem os diferentes tipos de choro do bebé e gerem os seus horários de sono.	Cuidados – Discutir as rotinas de cuidados. Os pais podem agora começar a afirmar as suas rotinas.	Brincar – com objetos para manipular, transferir de e para a mão e levar para a boca. O brincar cara a cara torna-se mais agradável, podendo a bebé solicitar essa interação.
Visão	Desenvolvimento			
Audição	Acidentes e segurança			
Exame Físico	Sintomas/sinais de alerta			
Desenvolvimento	Sinais/sintomas comuns			
Vacinação	Vacinação - Vantagens e reações			
Relação emocional/ Comportamento (perturbações)	Relação emocional	Relações – os pais estão a regressar ao mundo exterior: o restabelecimento das relações e o regresso ao trabalho tornam-se mais notáveis. Neste momento, estão muitas vezes preocupados pelo fato de o seu relacionamento poder ser alterado para sempre.	Depressão – avaliar se a mãe se recuperou de qualquer depressão pós-parto que tenha vivenciado. Se sente sobrecarregada com a responsabilidade do bebé.	Retorno ao trabalho – antecipar as preocupações com o regresso ao trabalho, como a separação e a integração educativa.
Risco de maus tratos				
Segurança do ambiente				

4 Meses

PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013)		Modelo <i>Touchpoints</i> (Brazelton, 2010)		
Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios	Principais temas do RN	Oportunidades potenciais para a prática	Orientação antecipatória
Peso	Alimentação	Afeição – Formam-se laços emocionais fortes entre os bebés e os pais através de padrões de interação mais definidos.	Interações – Observe como os membros da família interagem durante a visita, assim como a dinâmica familiar.	Alimentação – espera-se um aumento do comportamento exploratório durante a alimentação, e a recusa pode ocorrer em momentos de maior excitação.
Comprimento	Vitamina D			
IMC	Posição ao deitar	Interesse pelo mundo – o bebé começa a direccionar a atenção para o exterior. Começa a interessar-se pelo mundo exterior.	Choro – através da observação ou entrevista, avaliar a resposta dos pais aos gritos do bebé.	
Perímetro Cefálico	Hábitos de sono			
Audição	Hábitos intestinais e cólicas	Padrões de cuidados – as rotinas estão mais definidas, muitas vezes como resultado de maior autoconfiança parental. As rotinas de sono e alimentação tornam-se mais previsíveis.	Sincronia – observar o ritmo comportamental entre os pais e o bebé. Procurar oportunidades para apoiar a confiança dos pais compartilhando observações de interação recíproca.	Sono – esperar alterações do sono durante a noite, porém pode ter períodos de sono leve sem necessidade de ser completamente acordado.
Exame Físico	Desenvolvimento			
Desenvolvimento	Acidentes e segurança	Exigências do bebé – as crescentes e mais eficazes exigências de atenção por parte do bebé podem satisfazer o desejo de relação dos pais e frustrar aqueles que não são capazes de as satisfazer.	Interesse pelo mundo – avaliar a reação dos pais à explosão do interesse do bebé pelo mundo exterior. Interpretar esse comportamento em termos positivos e de desenvolvimento.	Brincar – dar oportunidades para brincar durante os cuidados e cada vez mais nos próximos 2 meses, a partir da posição sentada. Encorajar o interesse na manipulação de objetos.
Vacinação	Sintomas/sinais de alerta			
Relação emocional/ Comportamento (perturbações)	Sinais/sintomas comuns	Envolvimento do pai – à medida que o bebé se interessa pelo mundo, os pais vêm maiores oportunidades de estabelecerem relações com ele. As mães podem sentir esta orientação para o exterior como uma perda de intimidade.	A aliança – momento de consolidação que permite aprofundar o relacionamento com os pais. Manter o interesse compartilhado no desenvolvimento do bebé.	Ansiedade aos estranhos – o novo surto de desenvolvimento da capacidade de tomar consciência do que vê e ouve pode afetar o modo de aceitação de estranhos num bebé.
Risco de maus tratos	Vacinação - Vantagens e reações			
Segurança do ambiente	Vida na creche/ama/outros atendimentos		Padrões de cuidados – discutir as rotinas com pais. Ajudar os pais a entender que agora podem esperar mais de um horário.	
	Relação emocional			

6 Meses

PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013)		Modelo <i>Touchpoints</i> (Brazelton, 2010)		
Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios	Principais temas do RN	Oportunidades potenciais para a prática	Orientação antecipatória
Peso	Alimentação	Capacidades motoras – as capacidades motoras e um maior conhecimento cognitivo trazem um maior controlo sobre ao ambiente ao bebe. O controlo do tronco permite-lhe explorar mais livremente com as mãos e a capacidade de agarrar pequenas coisas permite-lhe usar as mãos com maior liberdade. Explora com maior determinação. Alimentação – com as suas novas aquisições cognitivas e motoras a criança não se satisfaz em ser alimentada. A criança quer ser ativamente envolvida na sua alimentação e em tudo o que acontece. Sono – a excitação de explorar o mundo alarga-se ao tempo de sono, provocando alterações neste. Os pais podem voltar a situações anteriores como por o bebé a dormir e dar-lhe atenção quando acorda durante a noite. Permanência dos objetos - o bebé começa a compreender que os objetos têm uma existência separada das suas percepções sensoriais. Mostra interesse em manipular objetos e em descobrir as suas características físicas.	Padrões de cuidados – a explosão do desenvolvimento do bebé desencadeou desafios, nomeadamente na alimentação e sono. Estas são áreas que devem ser abordadas, fornecendo informações sobre o desenvolvimento, sobre o bebé e o ambiente. Usar a oportunidade para potenciar as capacidades da família a lidar com essas questões. Disciplina - com maior mobilidade, bem como os desafios da alimentação e sono, a disciplina torna-se também um problema. Discutir o que a criança pode controlar e os pais podem controlar pode ser útil. Temperamento – Refletir sobre o temperamento do bebé. Os indicadores de personalidade que foram expressos nas primeiras semanas são agora realizados.	Segurança – as crescentes capacidades cognitivas e motoras trazem desafios em termos de segurança física. O desenvolvimento do bebé e a preparação para controlar a exploração do bebé devem ser discutidos. Definir limites – a curiosidade do bebé e a mobilidade também levanta preocupações sobre limites de disciplina. Prever exigências sobre a sua tolerância do comportamento do bebe pode pavimentar o caminho para a disciplina eficaz. Alimentação e sono – Pode-se esperar alterações nestes domínios. Discutir sobre a definição de hábitos de sono e mestria na hora da alimentação ajuda a preparar os pais para os desafios inevitáveis. Proporcionar experiências com o copo, colher e alimentos macios. Ansiedade aos estranhos – o bebe torna-se mais desconfiado das pessoas novas (família alargada por exemplo).
Comprimento	Vitamina D			
IMC	Saúde oral			
Perímetro Cefálico	Hábitos de sono			
Dentição	Hábitos intestinais e cólicas			
Anca	Desenvolvimento			
Visão	Acidentes e segurança			
Audição	Temperatura normal e febre			
Exame Físico	Sintomas/sinais de alerta			
Desenvolvimento	Sinais/sintomas comuns			
Vacinação	Vacinação - Vantagens e reações			
Relação emocional/ Comportamento (perturbações)	Vida na creche/ama/outros atendimentos			
Risco de maus tratos	Relação emocional			
Segurança do ambiente				

9 Meses

PNSIJ (Direção-Geral da Saúde, 2013)		Modelo <i>Touchpoints</i> (Brazelton, 2010)		
Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios	Principais temas do RN	Oportunidades potenciais para a prática	Orientação antecipatória
Peso	Alimentação	Mobilidade – as capacidades motoras estão na primeira linha da atividade do bebé. Já poderá levantar-se, mas não consegue andar. Pode gatinhar ou trepar pelas coisas com sucesso e entrar em locais que não podia alcançar.	Alimentação – começar a dar algum controle sobre a alimentação à criança. Ansiedade aos estranhos – a resposta aos outros pode ser dramática. Ajudar os pais a compreenderem o aspeto de desenvolvimento desta realização ajuda-os a gerir a sua própria resposta emocional ao comportamento da criança	Separação – as separações entre os pais e o filho podem-se tornar mais difíceis nos próximos meses. Preparar os pais para a intensidade dessas emoções e discutir estratégias para gerenciar as transições. Alimentação – as exigências do bebé em controlar a alimentação vão aumentar. Muitas vezes é melhor diminuir o drama e o conflito entre os pais.
Comprimento	Vitamina D			
IMC	Saúde oral			
Perímetro Cefálico	Hábitos de sono	Referência social – o bebé mais consciente das reações dos pais à sua atividade. Pode trepar para um lugar proibido e esperar pela reação destes. Isto abre-lhe todo um mundo de entendimentos partilhados por ele e pelos pais.		
Dentição	Hábitos intestinais e cólicas			
Visão	Desenvolvimento	Permanência das pessoas – Os desenvolvimentos cognitivos na compreensão de que os objetos têm uma existência própria, separa da percepção imediata da criança aplica-se agora às pessoas. As pessoas vão e vêm e o bebé quer puxá-las para si ou afastá-las		
Audição	Acidentes e segurança		Disciplina – avaliar a tolerância dos pais com a independência do bebé. Ajudar os pais a compreender a necessidade de exploração em relação à segurança.	
Exame Físico	Vacinação - Vantagens e reações	Dúvidas e medos sobre o desenvolvimento – momento em que surgem diferenças devido a vulnerabilidades biológicas ou ambientais.		
Desenvolvimento	Vida na creche/ama/outros atendimentos		Segurança – bom momento para fornecer aos pais informações por escrito sobre o bebé em casa.	
Vacinação	Relação emocional			
Relação emocional/ Comportamento (perturbações)		Controlo – O sono e a alimentação são afetados pelas novas capacidades do bebé se movimentar e pensar. A nova consciencialização das intenções de cada um levanta a questão de quem vai levantar a dianteira		
Risco de maus tratos				
Segurança do ambiente				

Anexo II

Newborn Behavioral Observations

Observação do Comportamento do Recém-Nascido (NBO) - FOLHA DE REGISTO

Nome:	Sexo:	Data nascimento: / /
Data da observação: / /	Idade gestacional:	
Peso:	APGAR:	Paridade:
Nome do Pai:	Nome da Mãe:	
Alimentação:	Local da observação:	
Presentes na observação:	Observador:	

COMPORTAMENTO	CLASSIFICAÇÃO			INDICADORES ANTECIPATÓRIOS
	3	2	1	
1 Habituação à luz	Fácil	Intermédio	Difícil	<input type="checkbox"/> Padrões de sono
2 Habituação ao som (roca)	Fácil	Intermédio	Difícil	<input type="checkbox"/> Protecção do sono
3 Tônus muscular (membros)	Forte	Intermédio	Hiper/Hipo	<input type="checkbox"/> Tônus Muscular
4 Pontos cardeais	Forte	Intermédio	Fraco	<input type="checkbox"/> Facilitadores de alimentação
5 Sucção	Forte	Intermédio	Fraco	
6 Preensão palmar	Forte	Intermédio	Fraco	
7 Tônus do pescoço e ombro (puxar a sentar)	Forte	Intermédio	Fraco	<input type="checkbox"/> Tônus Muscular
8 Rastejar	Forte	Intermédio	Fraco	<input type="checkbox"/> Posição de dormir
9 Resposta à face e à voz	Boa resposta	Intermédio	Não responsivo	<input type="checkbox"/> Interacção social
10 Resposta visual (face)	Boa resposta	Intermédio	Não responsivo	<input type="checkbox"/> Visão
11 Orientação à voz	Boa resposta	Intermédio	Não responsivo	<input type="checkbox"/> Audição
12 Orientação ao som (roca)	Boa resposta	Intermédio	Não responsivo	<input type="checkbox"/> Audição
13 Orientação visual (bola)	Boa resposta	Intermédio	Não responsivo	<input type="checkbox"/> Itens de comunicação
14 Choro	Pouco	Ocasional	Muito	<input type="checkbox"/> Choro e consolação
15 Consolação	Fácil	Intermédio	Difícil	<input type="checkbox"/> Auto-apaziguamento
16 Regulação dos estádios	Boa	Intermédio	Não organizado	<input type="checkbox"/> Regulação de estádios
17 Resposta ao stress (tremores, sustos e modificações da cor da pele)	Pouco stressado	Intermédio	Muito stressado	<input type="checkbox"/> Limiar da excitabilidade
18 Nível de Actividade	Ótima	Moderada	Alta/Baixa	<input type="checkbox"/> Postura e intervenções de apoio

Perfil Sumário e Recomendações

Forças:
Vulnerabilidades:
Comentários adicionais:



NBO - Instruções de Registo

1. Habituação à luz			10. Reacção à face		
3	com facilidade	habituação fácil ao estímulo (1 a 5 apresentações)	3	reage muito	fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos
2	com alguma dificuldade	habituação algo difícil ao estímulo (6 ou mais apresentações)	2	reage moderadamente	pára, fixa e segue um pouco com os olhos
1	com grande dificuldade	incapaz de habituação após 10 apresentações	1	não reage	fixa brevemente e/ou não segue com os olhos
2. Habituação ao som (roca)			11. Reacção à voz 12. Reacção à roca		
3	com facilidade	habituação fácil ao estímulo (1 a 5 apresentações)	3	reage muito	pára, muda de expressão, vira-se e localiza o som
2	com alguma dificuldade	habituação algo difícil ao estímulo (6 ou mais apresentações)	2	reage moderadamente	pára, muda de expressão, procura com os olhos mas não localiza a fonte sonora
1	com grande dificuldade	incapaz de habituação após 10 apresentações	1	não reage	os olhos permanecem fechados, alerta pobre, sem reacção ao som
3. Tônus muscular: braços e pernas			13. Seguir a bola vermelha		
3	forte	Tônus dos membros superiores e inferiores bem modulado, com boa flexibilidade	3	reage muito	fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos
2	moderado	tônus misto ou irregular	2	reage moderadamente	pára, fixa e segue um pouco com os olhos
1	fraco	pouco ou nenhum tônus dos membros ou hipertonicidade ou rigidez observada	1	não reage	fixa brevemente e/ou não segue com os olhos
4. Pontos cardeais			14. Choro		
3	forte	vira-se para o lado estimulado	3	chora pouco	quase não chora ou rabuja
2	moderado	vira um pouco a cabeça	2	chora moderadamente	chora ou rabuja intermitentemente
1	fraco	quase não vira ou não vira a cabeça	1	chora muito	chora durante toda a observação
5. Sucção			15. Consolação		
3	forte	mantém uma sucção forte e rítmica	3	com facilidade	fácil de consolar e/ou auto-consola-se
2	moderada	movimento de sucção fraco e lento	2	com alguma dificuldade	só se consola com o embalar e embrulhar
1	fraco	sem movimento de sucção	1	com grande dificuldade	muito difícil de consolar ou inconsolável; nunca se auto-consola
6. Preensão palmar			16. Regulação de estádios		
3	forte	forte preensão palmar	3	bem organizado	estádios bem definidos e transições suaves e previsíveis
2	moderada	ligeira flexão dos dedos	2	intermédio	estádios moderadamente definidos e transições relativamente suaves
1	fraco	resposta ausente	1	não se organiza	incapaz de manter estádios definidos e com transições imprevisíveis
7. Puxar a sentar			17. Resposta ao stress (tremores, sustos e cor da pele)		
3	forte	traz a cabeça à linha média, com queda mínima e mantém-na durante 3 seg.	3	Pouco stressado	sem tremores ou sustos, alterações mínimas na cor da pele
2	moderado	consegue trazer a cabeça à linha média, mas deixa-a cair e não a mantém	2	Moderadamente stressado	alguns tremores e/ou sustos, alterações moderadas da cor da pele
1	fraco	incapaz de trazer a cabeça à linha média	1	Muito stressado	muitos tremores e/ou sustos, alterações importantes da cor da pele
8. Rastejar			18. Nível de actividade		
3	forte	movimento coordenado, envolvendo os membros sup. e inf., com libertação da face	3	Ótima	nível de actividade bem modulada
2	moderado	algumas tentativas de flexão dos membros	2	Moderada	baixo nível de actividade
1	fraco	sem flexão dos membros e sem libertação da face	1	Muito alta/muito baixa	muito activo ou muito pouco activo durante toda a observação
9. Reacção à face e voz					
3	reage muito	fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos			
2	reage moderadamente	pára, fixa e segue um pouco com os olhos			
1	não reage	fixa brevemente e/ou não segue com os olhos			