ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Patrícia Sofia dos Santos Martins

Os cuidados promotores do desenvolvimento em parceria com os pais: uma intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Setembro 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

II MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Patrícia Sofia dos Santos Martins

Os cuidados promotores do desenvolvimento em parceria com os pais: uma intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador: Professor Doutor José Vilelas

Setembro 2024

"A child's play should be seen as their most serious work."

– Jean Piaget

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Miguel, que é a luz constante nos meus dias, agradeço pela inspiração silenciosa que carrega em cada sorriso. És o motivo pelo qual sempre encontro forças para persistir, e é por ti que busco ser a melhor versão de mim mesma, hoje e sempre.

À minha mãe, fonte inesgotável de amor, dedico a mais sincera gratidão. Tu demonstras-me diariamente o significado do amor eterno. Obrigada por acreditares em mim, mesmo quando o caminho parecia sinuoso.

Ao meu companheiro João, agradeço pela presença, pelo suporte incansável nas horas de incerteza e pela paciência em cada momento de ausência. Em ti encontrei um porto seguro, que me acolheu e impulsionou, mesmo nos dias em que duvidei de mim mesma.

Aos meus avós, que tanto lhes devo.

À minha avó Alzira, a quem devo o meu primeiro sentido de pertença e carinho. Em ti encontro a raiz da minha coragem e da minha bondade, e é a tua voz serena que me guia nas horas de dúvida. O teu legado vive em cada passo que dou.

À minha avó Rosa, cujos gestos de carinho e palavras de sabedoria continuam a ressoar no meu coração.

Aos meus avôs Joaquim e Flávio, cuja sabedoria e amor eterno continuam a iluminar o meu caminho mesmo na sua ausência. O carinho e os valores que deixaram em mim são um farol que guia a minha jornada, mantendo viva a sua memória e a inspiração.

À minha melhor amiga Cláudia, que sempre caminhou ao meu lado, partilhando sorrisos e lágrimas, ofereço a minha gratidão eterna. A tua presença constante, mesmo na distância, foi o ombro seguro onde me apoiei e a força que tantas vezes me ergueu.

Ao meu orientador pedagógico Prof. Doutor José Vilelas dou a minha mais profunda gratidão pela orientação sábia e generosa. A sua paciência, rigor e apoio constante foram imprescindíveis, levando-me a alcançar mais do que jamais imaginei ser possível.

Aos restantes docentes, Professora Doutora Ana Paula Nunes, Professora Mestre Graça Moraes Rocha e Professora Doutora Joana Marques agradeço pelo saber transmitido e pela paixão com que nos guiaram, que foram motores importantes para as minhas conquistas.

Às minhas colegas de mestrado Catarina e Cristiana, que tornaram esta jornada mais leve, com risos e alegria, agradeço pelo companheirismo. Cada partilha, cada desafio enfrentado em conjunto, fez-me compreender que nunca estamos sozinhos.

Aos meus orientadores clínicos, Enfermeira Carina, Enfermeiro António, Enfermeira Ânia e Enfermeira Bárbara, cuja orientação inspiradora e amizade sincera foram fundamentais para o meu desenvolvimento. O suporte constante e o carinho com que foram meus mentores tornaram esta experiência única.

Por fim, agradeço profundamente às crianças e famílias que tive o privilégio de cuidar, cujas histórias e sorrisos enriqueceram a minha experiência profissional e tocaram o meu coração. A vossa confiança e colaboração foram fundamentais para o meu crescimento e são uma parte preciosa da minha jornada.

RESUMO

Todas as crianças têm direito a um ambiente saudável e harmonioso no qual possam crescer. A estimulação precoce desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil, aproveitando a neuroplasticidade do cérebro, promovendo um desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo saudáveis. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel importante na avaliação do desenvolvimento infantil, na implementação de intervenções precoces e no ensino aos pais sobre práticas de cuidado saudável.

O objetivo geral do presente relatório é: Refletir sobre o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista com enfoque na promoção do desenvolvimento infantil em parceria com os pais; e os objetivos específicos são: Analisar o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio profissional através da concretização de atividades promotoras do desenvolvimento infantil e da parceria de cuidados, alicerçadas no *empowerment* da criança/jovem e nos cuidados centrados na família; Relacionar as atividades desenvolvidas com as competências adquiridas. Este trabalho regeu-se pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e teve como base uma metodologia de pesquisa em bases de dados científicas.

São apresentadas as competências especializadas e de mestre adquiridas em âmbito de estágio em Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica, Unidade de Saúde Familiar e Neonatologia, através da criação do projeto da Brincadeira Terapêutica, da construção de recursos de avaliação e de estimulação do desenvolvimento infantil, de estratégias de promoção de literacia em saúde para os pais, de sessões de formação para os enfermeiros sobre o tema, bem como o desenvolvimento de projetos de investigação.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Infantil, Criança, Parceria de Cuidados, Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Every child has the right to a loving and harmonious environment in which they can grow. Early stimulation plays a crucial role in the child's development, making use of the brain's neuroplasticity, ultimately promoting a healthy physical, social, emotional and cognitive development. The Pediatric Clinical Nurse Specialist is instrumental in monitoring the child's development, in the implementation of early help and intervention strategies, as well as in providing education and guidance to parents on how to best promote their child's healthy growth.

The central goal of this work is to delve into the skill set of a nurse specialist, primarily with regard to fostering the child's growth in partnership with his parents. In particular, this study aims to analyse the steps taken during the different stages of the internship program through engaging in activities that promote the child's development and care practices, with emphasis on the empowerment of the child and family-centered care; ensure the developed activities and practices are in line with the required skills. This work follows Anne Casey's Model of Nursing conceptual framework and is based on a research methodology applied to scientific datasets.

This study presents the specialized and advanced skills acquired during the internships on Pediatric Inpatient Care, Pediatric Emergency Care, Family Health Unit and Neonatology. This is achieved through the development of a Therapeutic Play project, the establishment of methodologies aiming at evaluating and fostering child growth, strategies targeting the promotion of parental health literacy and health knowledge, training sessions for nurses and research projects on related topics.

KEYWORDS: Child Development, Child, Care Partnership, Pediatric Nursing.

Lista de siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

IG – idade gestacional

NACJR – Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Pediátrica

RN – Recém-Nascido

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

I. Introdução 15

II. O Desenvolvimento Infantil como área de atenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica 17

II.1. O Desenvolvimento Infantil: características e fatores condicionantes 17

II.2. Os cuidados para o desenvolvimento em parceria com os pais 22

III. O percurso de aquisição de Competências Especializadas e de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 26

III.1. Internamento de Pediatria 27

III.2. Urgência Pediátrica 35

III.3. Unidade de Saúde Familiar 43

III.4. Neonatologia 51

III.5. Aquisição de competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 59

III. Considerações Finais 62

IV. Referências Bibliográficas 64

Apêndices 77

Apêndice I – Metodologia de pesquisa da contextualização teórica do relatório ... 78

Apêndice II – Plano de Projeto para o Módulo I 80

Apêndice III – Guião de entrevista para levantamento de necessidades de cuidados especializados no âmbito do desenvolvimento infantil 82

Apêndice IV – Plano de Projeto para o Módulo II 84

Apêndice V – Cronograma de atividades 88

Apêndice VI – Questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria 90

Apêndice VII – Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria 92

Apêndice VIII – Pedido de autorização ao Conselho de Administração para Dinamização do Dia Mundial do Teatro no Serviço de Internamento de Pediatria 96

Apêndice IX – Autorização do Conselho de Administração para Dinamização do Dia ial do Teatro no Serviço de Internamento de Pediatria 100

Apêndice X – Pedido de colaboração para dinamização do Dia Mundial do Teatro 102
Apêndice XI – Aceitação do pedido de colaboração para o Dia Mundial do Teatro 104
Apêndice XII – *Flyer* da dinamização do Dia Mundial do Teatro 106
Apêndice XIII – Dinamização do Dia Mundial do Teatro 108
Apêndice XIV – Metodologia de pesquisa para Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 110
Apêndice XV – Diapositivos utilizados na Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 112
Apêndice XVI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 121
Apêndice XVII – *Flyer* da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 125
Apêndice XVIII – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 127
Apêndice XIX – Resultados do questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 130
Apêndice XX – Avaliação do conhecimento adquirido após a Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 134
Apêndice XXI - Cartaz informativo intitulado "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 137
Apêndice XXII – Avaliação do conhecimento adquirido após a leitura do cartaz informativo intitulado "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" 139
Apêndice XXIII - Questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica 141
Apêndice XXIV - Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica 144

Apêndice XXV – Metodologia de pesquisa para o Projeto da Brincadeira Terapêutica 149
Apêndice XXVI – Procedimento Setorial intitulado "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica" 151
Apêndice XXVII – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica" 163
Apêndice XXVIII – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica" 172
Apêndice XXIX – Cartaz de divulgação da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica" 176
Apêndice XXX – Questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica" 178
Apêndice XXXI – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica" 181
Apêndice XXXII – Brinquedo Terapêutico Instrucional para a criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I 185
Apêndice XXXIII – Molduras do Dia Internacional da Família 187
Apêndice XXXIV – Cartaz de divulgação do Dia Internacional da Família 189
Apêndice XXXV – Questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar 191
Apêndice XXXVI – Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar 194
Apêndice XXXVII – *Kit* com os recursos materiais necessários à aplicação da Escala Modificada de *Mary Sheridan* 198
Apêndice XXXVIII – Inventário do k*it* com os recursos materiais necessários à aplicação da Escala Modificada de *Mary Sheridan* 200
Apêndice XXXIX – Fundamentação teórica para a sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil" 202

Apêndice XL – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil" 215
Apêndice XLI – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil" 225
Apêndice XLII– Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil" 229
Apêndice XLIII – Painel de atividades 233
Apêndice XLIV – Folheto informativo intitulado "O uso das tecnologias pela criança e jovem: como gerir a sua utilização em casa" 235
Apêndice XLV – Questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Neonatologia 238
Apêndice XLVI – Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Neonatologia 240
Apêndice XLVII - Metodologia de pesquisa para a sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia" 246
Apêndice XLVIII – Fundamentação teórica para a sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia" 248
Apêndice XLIX – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia" 261
Apêndice L – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia" 269
Apêndice LI – Cartões de contraste preto e branco para estimulação visual do recém-nascido 273
Apêndice LII – Auditoria clínica aos registos informáticos de enfermagem ao foco desenvolvimento infantil 275
Apêndice LIII – Plano da sessão da apresentação aos enfermeiros da auditoria clínica aos registos informáticos de enfermagem ao foco desenvolvimento infantil

Apêndice LIV – Metodologia de pesquisa para a sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida" 290
Apêndice LV – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida" 292
Apêndice LVI – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida" 305
Apêndice LVII – Inventário do material para o Protocolo de Hipotermia Induzida 308
Apêndice LVIII – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida" 310
Apêndice LIX – Resumo do artigo de revisão "A Massagem Infantil como Método Terapêutico no Desenvolvimento Infantil: *Scoping Review*" 314
Apêndice LX – Resumo do estudo primário intitulado "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais" 316
Apêndice LXI - Email de submissão do estudo primário intitulado "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais" 318
Apêndice LXII – Resumo do artigo de revisão "O brinquedo terapêutico na hospitalização da criança em idade pré-escolar" 320
Apêndice LXIII – Email de submissão do artigo de revisão "O brinquedo terapêutico na hospitalização da criança em idade pré-escolar" 322
Anexos 324
Anexo I – Certificado de coautoria de Póster Científico intitulado "A Massagem Infantil como Método Terapêutico no Desenvolvimento Infantil: protocolo de *Scoping Review*" 325
Anexo II – Certificado de preleção no *Webinar* "Sono na criança/jovem! Vamos continuar a dormir sobre o assunto?" 327
Anexo III – Certificado de coautoria de Póster Científico intitulado "Estratégias promotoras do sono do recém-nascido prematuro na neonatologia" 329

Anexo IV – Certificado de coautoria de Póster Científico intitulado "O Brinquedo Terapêutico na Hospitalização da Criança em Idade Pré-escolar" 331
Anexo V – Certificado de coautoria de Comunicação Livre intitulada "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais" 333
Anexo VI – Certificado de participação no XI Encontro de Benchmarking da MCEESIP da Ordem dos Enfermeiros 335
Anexo VII – Certificado de integração na Comissão Organizadora do 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP - Lisboa..... 337

I. Introdução

O desenvolvimento infantil equilibrado e adequado é um direito inerente de todas as crianças[1,2], seguindo um padrão expectável, mas não contínuo[1]. Trata-se de um processo maturativo e dinâmico, que culmina numa apropriação sequencial de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, de linguagem, socioemocionais e de autorregulação[3]. O International Council of Nurses descreve o desenvolvimento infantil como "*desenvolvimento humano*" que, por sua vez, se refere ao "*Processo corporal: processo progressivo de crescimento físico, mental e social e desenvolvimento ao longo de toda a vida.*"[4].

A Organização Mundial de Saúde inclui nas suas orientações como prioridades nos cuidados à criança/jovem a promoção da sua aprendizagem precoce e o desenvolvimento de intervenções que apoiem os cuidadores a estimular as capacidades psicomotoras dos seus filhos[5].

A criança é um ser humano que se encontra na fase inicial do seu desenvolvimento e é quando apresenta todas as potencialidades para aquisição de novas competências[1,5,6]. A primeira infância envolve os primeiros oito anos de vida[5], e destaca-se pela formação de estruturas cerebrais e o desenvolvimento de habilidades complexas da cognição, linguagem e interação socioemocional que irão estar presentes durante toda a sua vida, e que estão relacionadas com o tipo de oportunidades de aprendizagem disponibilizadas à criança[7]. As primeiras experiências moldam a arquitetura do cérebro em desenvolvimento e os comportamentos saudáveis refletem-se a longo prazo na infância e na idade adulta[8], sendo o desenvolvimento cognitivo e socioemocional precoce preditivo do sucesso escolar tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento[9].

A relação afetiva entre a criança e os seus pais tem um enorme impacto no seu desenvolvimento social e afetivo[1,6,10]. Os cuidados centrados na criança/jovem e na família visam a promoção da relação pais-filhos pela potencialização da competência parental e criação de uma parceria de cuidados entre os pais e os profissionais de saúde[10]. Num estudo com 1.411 díades mãe-bebé, as crianças que receberam estimulação responsiva apresentaram *scores* de desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor significativamente mais altos aos 12 e 24 meses de idade, e socioemocional aos 12 meses de idade, do que aquelas que não receberam a intervenção[11].

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) tem como competência a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, sendo prioritária a implementação de cuidados antecipatórios à mesma com vista à maximização do seu

potencial de desenvolvimento e da sua família[12]. O envolvimento dos pais nos cuidados, a sua capacitação e negociação insere-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem[13] e está presente como uma área de atenção no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) através do seguimento das crianças/jovens em idades-chave relativas a pontos de viragem ao longo da vida, coincidentes com fases de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade[14].

O presente trabalho assenta no Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*, que considera que os pais são os melhores prestadores de cuidados da criança/jovem, uma vez que a sua relação é única, e para isso é necessário o suporte da equipa de saúde de acordo com as necessidades da família. Na perspetiva desde modelo, os cuidados de saúde apenas são eficazes quando os pais estão envolvidos, sendo parte integrante de todo o processo[15].

Posto isto, o objetivo geral definido para o presente relatório é: Refletir sobre o desenvolvimento de competências de EESIP com enfoque na promoção do desenvolvimento infantil em parceria com os pais. Os objetivos específicos são: 1) Analisar o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio profissional através da concretização de atividades promotoras do desenvolvimento infantil e da parceria de cuidados, alicerçadas no *empowerment* da criança/jovem e nos cuidados centrados na família; e 2) Relacionar as atividades desenvolvidas com as competências de EESIP adquiridas.

Para a realização do enquadramento teórico, recorri a uma metodologia de pesquisa em bases de dados a fim de utilizar a melhor e mais atual evidência científica (Apêndice I), bem como recorri a outros artigos científicos pertinentes e literatura cinzenta sobre o tema. O presente trabalho está organizado em capítulos e subcapítulos, dizendo o primeiro respeito ao enquadramento teórico onde são abordadas as características e fatores que influenciam o desenvolvimento infantil e os cuidados de enfermagem para o desenvolvimento em parceria com os pais. De seguida é explanado o processo de identificação das necessidades em enfermagem nos diferentes contextos de estágio profissional, as atividades desenvolvidas e o processo de aquisição de competências de EESIP e de Mestre e, por último, surgem as considerações finais.

As normas de referenciação bibliográfica utilizadas são o estilo/norma *Vancouver*.

II. O Desenvolvimento Infantil como área de atenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

Atualmente, pelo menos 200 milhões de crianças em todo o mundo não conseguem atingir o seu potencial de desenvolvimento. A saúde infantil é crucial para o desenvolvimento de um país, pois crianças saudáveis são a base de uma sociedade próspera. Quando as crianças têm acesso a cuidados de saúde adequados, nutrição e educação, têm maior probabilidade de se tornarem adultos produtivos e bem-sucedidos, contribuindo positivamente para a economia e o desenvolvimento social do país[9].

II.1. O Desenvolvimento Infantil: características e fatores condicionantes

O desenvolvimento infantil inicia-se na conceção[16] e é descrito como um processo que depende das estruturas corporais, das características pessoais da criança e do ambiente envolvendo experiências de tentativa e erro[17]. Trata-se de um percurso único para cada criança, influenciado pela família, pelos padrões culturais e pelos valores e crenças[16,18]. Os cinco domínios de desenvolvimento relevantes no desenvolvimento infantil incluem as habilidades motoras finas, as habilidades motoras grossas, as habilidades de comunicação, os domínios cognitivos ou de resolução de problemas e os domínios psicossociais[19].

O desenvolvimento motor refere-se a um processo dinâmico e continuo que ocorre no sentido céfalo-caudal e próximo-distal, no entanto a passagem de um estádio para outro varia de criança para criança existindo um "padrão de referência da normalidade"[19]. A motricidade grossa engloba a utilização dos grandes músculos através do controle muscular, coordenação e locomoção, e a motricidade fina envolve a utilização de pequenos músculos para o controlo e coordenação de segmentos corporais (como agarrar objetos, construir torres ou fazer enfiamentos)[20–22].

Os desenvolvimentos visual e motor estão intimamente ligados uma vez que a visão é um sentido necessário para o funcionamento adequado dos circuitos neurais constituindo-se um processo cerebral de integração sensorial imprescindível para a maioria das atividades de vida diárias[22]. A prevalência de disfunção visual na população pediátrica aumentou significativamente nos últimos anos[23] e os distúrbios da visão binocular, como a ambliopia e o estrabismo, relacionam-se negativamente com a aquisição de competências

que exigem movimentos oculares como a leitura, com atividades de motricidade fina com coordenação mão-olho e de motricidade grossa[22,23].

Por outro lado, o desenvolvimento da função motora fina e grossa precoce parece estar associado à maior aquisição de habilidades de comunicação posteriores. Algumas explicações são as influências genética e ambiental que afetam positivamente as competências da criança, o efeito em cascata do desenvolvimento precoce de uma área que irá afetar as seguintes proporcionando novas oportunidades de aprendizagem, ou o modo de interação dos pais com a criança. Uma criança com a motricidade fina mais desenvolvida evidencia maior exploração de objetos no primeiro ano de vida, adquirindo mais vocabulário consequentemente. Também as habilidades motoras grossas como sentar sem apoio mais cedo podem afetar as habilidades de comunicação recetiva e expressiva, uma vez que o lactente liberta as mãos para gesticular e altera a sua perceção sobre o meio envolvente, proporcionando novas experiências e promovendo a interação com os pais. Por outro lado, os pais constroem a sua interação com a criança de acordo com o modo como esta adquire novas competências. Possivelmente, crianças com capacidades motoras altamente desenvolvidas são vistas pelos seus pais como mais capazes de adquirir vocabulário mais complexo, utilizando um discurso mais diferenciado, influenciando o desenvolvimento da comunicação[17].

As habilidades comunicativas são essenciais para a regulação emocional, aprendizagem e interação social desde a infância[17]. A linguagem consiste na comunicação baseada em palavras e na gramática, sendo esta influenciada pela interação entre vários domínios do desenvolvimento, nomeadamente as estruturas físicas essenciais à produção de sons e conexões neuronais para a compreensão dos seus significados, e a interação social que permite a compreensão do discurso. O desenvolvimento da linguagem segue um determinado padrão de normalidade iniciando logo após o nascimento[20].

A Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Jean Piaget aprofundou o desenvolvimento intelectual pelo pressuposto de que a inteligência é um modo de adaptação ao meio envolvente. Tendo como foco a forma como se produz e organiza o conhecimento, isto é, no desenvolvimento das estruturas cognitivas, destacam-se quatro períodos de desenvolvimento relacionados com a idade e com o conhecimento e modo de compreensão: o sensório-motor, o pré-operatório, o operatório concreto e o operatório formal[20].

As emoções, o temperamento e as experiências sociais inserem-se no desenvolvimento psicossocial, que se inicia pela exploração do meio utilizando uma figura de referência até ao desenvolvimento da própria identidade. As emoções relacionam-se com a

maturação cerebral e com o desenvolvimento cognitivo, onde o sentido da autoconsciência se insere[20]. A regulação emocional da criança/jovem é desenvolvida na interação com os pais ao espelhar-se neles e através da exteriorização dos seus sentimentos[24]. O desenvolvimento social implica vias neurais funcionantes e circunstâncias comportamentais e ambientais que permitam aprimorar habilidades de interação e comunicação entre as pessoas[7].

Os determinantes de saúde, isto é, os elementos que influenciam a condição de saúde de um indivíduo ou de uma população, têm uma relação próxima com o percurso desenvolvimental da criança e distinguem-se em fatores ambientais, biológicos, comportamentais ou de estilo de vida, demográficos e sociais, económicos, bem como aqueles relacionados ao sistema de saúde e à prestação de serviços de saúde[25].

O desenvolvimento cerebral da criança é afetado por fatores biológicos como a nutrição[19], as doenças infeciosas[19], a genética[19], as condições médicas como o nascimento prétermo[21,26], a restrição do crescimento intra-uterino[9,21] e as complicações durante a gravidez como a diabetes materna[21]. De entre os fatores ambientais, destacam-se a exposição a produtos tóxicos como o chumbo[9] e a poluentes atmosféricos que se constituem como fatores de risco para o inadequado desenvolvimento da criança/jovem[27].

A pobreza[9,18,19,28,29], a baixa escolaridade dos pais[19,21,26,30], as deficiências nutricionais e a baixa qualidade dos recursos afetam negativamente o modo como a criança se desenvolve[3,9,29]. Em 2020, 21,9% das crianças portuguesas apresentavam taxa de pobreza, constituindo-se uma das principais prioridades do Plano Nacional de Saúde 2030[31]. O baixo nível social e económico coloca a criança exposta a fatores de risco biológicos e psicológicos, bem como a doenças, e influencia a estrutura e o desempenho cerebral, o que origina atraso no desenvolvimento e défices de aprendizagem[19].

O bem-estar e as oportunidades de aprendizagem das crianças dependem, em grande medida, do ambiente familiar[26,30]. Um estudo realizado na Argentina demonstrou associações estatisticamente significativas entre o desenvolvimento cognitivo da criança e fatores de riscos relacionados com o ambiente familiar[26]. A criança que detém afeto e cuidado responsivo adquire maior capacidade para se desenvolver, viver e enfrentar a sociedade[5,19,28,29]. Quando a criança não forma vínculo com os seus pais, o seu desenvolvimento cognitivo e emocional fica comprometido, impedindo o desenvolvimento do cérebro e o crescimento físico[19,32].

A criança necessita de suporte parental para desenvolver comportamentos e competências sociais adequados, que se traduzem nos alicerces para o restante funcionamento e

bem-estar, desde a formação de bons hábitos de saúde, relações e amizades significativas, e adaptação bem-sucedida à escola, família e vida comunitária[8]. A maturidade emocional permite que a criança expresse as suas emoções livremente e com estabilidade[30]. Sundaur *et al*. verificaram que 42,7% das crianças apresentavam desvios emocionais, com maior incidência nas que eram cuidadas pela avó comparativamente às cuidadas pelo pai ou pela mãe, remetendo para o impacto da quantidade de tempo em conjunto entre mães e filhos no desenvolvimento emocional das crianças. O mesmo autor identificou também uma correlação significativa entre o nível de escolaridade das mães e o desenvolvimento emocional dos filhos[30].

O fraco envolvimento do pai na vida da criança/jovem está relacionado com desafios socioemocionais e educacionais que podem prolongar-se até à idade adulta[33], estando a ausência da figura paterna associada a dificuldade no desempenho parental e fragilidade dos laços familiares[26]. Crianças inseridas em famílias monoparentais podem apresentar maior risco de limitação no seu desenvolvimento em comparação com aquelas que detém apoio de outros elementos familiares[26].

Segundo a *Emotional Security Theory*, a segurança emocional da criança depende da qualidade das relações familiares ao longo do tempo[19]. A exposição a conflitos conjugais destrutivos[34] ou a violência doméstica afeta negativamente o desenvolvimento cognitivo e social das crianças[9,28], resultando em problemas comportamentais, aumento de depressão e ansiedade infantil, e problemas de adaptação a novos contextos[34,35]. A satisfação conjugal relaciona-se com a depressão materna com impacto na interação entre pais e filhos[19]. Sajedi *et al*. verificaram no seu estudo que o efeito do *stress*, da depressão e da situação socioeconómica foi significativo no desenvolvimento das crianças[19]. Este dado está em concordância com outros autores que referem que a depressão materna e paterna está associada a pior desempenho da parentalidade e, consequentemente, alterações cognitivas[18,19,28] e comportamentais na criança[8,9,19,28]. A pandemia por Covid-19 contribuiu para o *stress* dos pais devido ao desemprego, à depressão e à ansiedade, que afetou a capacidade de muitas famílias em proporcionar cuidados aos seus filhos[36]. No estudo realizado por Costa e seus colaboradores, os pais relataram que, durante a pandemia por Covid-19, houve um aumento do mau comportamento das crianças, da agitação, do choro, dificuldade para dormir, falta de apetite, agressividade e tristeza[36].

O contexto social em que nos encontramos, os paradigmas familiares e o modo de vida estão a influenciar a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis[37]. Uma alimentação pouco saudável, atividade física inadequada e sedentarismo relacionam-se com

excesso de peso e problemas mentais na infância, demonstrando implicações desenvolvimentais ao longo da vida[29]. Os pais têm uma enorme influência nos hábitos de vida das crianças, quer seja pela disponibilização de alimentos e bebidas saudáveis em casa, pelo incentivo à prática de atividade física ou pelo próprio ambiente familiar, que proporcione um contexto positivo para o seu bem-estar[37].

A alimentação na infância deve incluir alimentos saudáveis, ser equilibrada e variada, contribuindo largamente para a saúde da criança. Nos primeiros anos de vida, o regime alimentar deve ser adaptado à idade e às necessidades nutricionais[1]. Um estudo demonstrou que crianças alimentadas exclusivamente com leite materno apresentam um melhor desempenho cognitivo e motor aos dois anos de idade, em comparação com crianças alimentadas com leite de fórmula. Adicionalmente, as que são amamentadas apresentam melhor memória em comparação com as que ingerem o leite materno por biberão[38]. O leite materno é composto por ácidos gordos que estão envolvidos em processos do neurodesenvolvimento inicial, como a modulação do crescimento celular, a biossíntese da membrana lipídica e a mielinização. A amamentação está associada a um maior desenvolvimento da substância branca em zonas cerebrais responsáveis pela cognição. Por outro lado, a amamentação também se relaciona com um aumento do contato físico mãe-filho, que também é preditivo do neurodesenvolvimento[38].

Os avanços tecnológicos e as mudanças no transporte vieram diminuir a prática de atividade física no dia-a-dia das crianças[37]. É consensual que a atividade física beneficia a saúde geral das crianças e jovens, o bem-estar psicossocial e o desenvolvimento cognitivo, porém a maioria das crianças não é fisicamente ativa o suficiente para alcançar tais benefícios[31]. Os dados do *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) em Portugal, realizado em colaboração com a Organização Mundial de Saúde em 2018, apontam para que 3,1 % dos adolescentes escolarizados apresentavam obesidade e 15,8 % excesso de peso, no entanto com uma tendência decrescente da prevalência. Por outro lado, 43,1% das crianças questionadas refere que praticou atividade física mais de 3 dias nos últimos 7 dias e 18,5% refere que nunca praticou desporto[31,39].

As tecnologias têm ganho espaço no quotidiano das crianças, tendo como consequência a diminuição da atividade física e da interação familiar. A ocupação dos tempos livres é, atualmente, preenchida em grande medida pelos dispositivos tecnológicos, o que pode ser corroborado pelos dados recolhidos pelo HBSC, em que 56,6% referem utilizar o telemóvel nos seus tempos livres, 46,9% ouvem música e 35,7% referem estar a dormir, sendo que 50,8% raramente ou nunca lê[31,39]. O uso intenso de tecnologias digitais com

mais de 3 horas por dia relaciona-se diretamente com dificuldade de atenção e agressividade e menor probabilidade alcançar os marcos de desenvolvimento expectáveis na idade pré-escolar, menor interação familiar e menor aquisição de novas palavras[7], sendo recomendada a limitação do seu uso durante a infância[40]. A ausência de supervisão parental dos conteúdos, envolvendo conteúdos para adultos, implicam dificuldades futuras de socialização entre pares[7].

II.2. Os cuidados para o desenvolvimento em parceria com os pais

A Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 reconhece o dever dos estados membros em assegurar as condições necessárias ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social das crianças[2]. É prioridade global promover o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar das crianças/jovens, estando incluída na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU a garantia dos direitos humanos e a contribuição para o pleno alcance do potencial humano, aspirando o investimento num ambiente livre de violência e exploração, com igualdade de género e que proporcione as condições necessárias ao seu empoderamento[41].

O EESIP rege-se pelo modelo conceptual centrado na criança e na família, trabalhando este binómio em qualquer contexto com a promoção da sua saúde, prestação de cuidados à criança doente, a promoção da literacia em saúde e mobilização de recursos de suporte à família[12].

Segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, as crianças e jovens são melhor cuidados pela sua família, tendo os profissionais de saúde a função de dar suporte às suas necessidades. O modelo reconhece os contributos únicos da participação da família sendo imprescindível para a efetividade dos cuidados à criança doente. Casey descreveu o seu modelo assente em cinco conceitos fundamentais: criança, saúde, ambiente, família e enfermeiro pediátrico. O sucesso do modelo depende do modo como o enfermeiro identifica claramente a sua função e como age perante o seu contexto profissional. Neste sentido, cabe ao enfermeiro implementar estratégias de suporte que permitam capacitar a família a participar na prestação de cuidados, e fazê-los compreender o seu papel, bem como dotá-los de conhecimento e competências técnicas, quando necessário, de modo a minimizar a intervenção da equipa de saúde[15].

A promoção da saúde é definida pela OMS como um processo onde o indivíduo pode controlar e melhorar a sua saúde participando ativamente[24], sendo o conceito de

empoderamento essencial para um cuidado holístico e construtivo[42]. O empoderamento refere-se ao conjunto de decisões e ações que a criança/jovem assume relativamente à sua saúde, capaz de exprimir as suas necessidades e preocupações, pressupondo um envolvimento ativo[42]. Além disso, está descrito na Convenção dos Direitos da Criança de 1989, "*o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade*"[2]. A literatura aponta como estratégias promotoras do empoderamento da criança/jovem e sua família a sua valorização, das suas convicções e expectativas; a utilização de uma comunicação terapêutica com linguagem de fácil compreensão, direta e adequada à fase de desenvolvimento; a transmissão de informação de modo a incluir a criança no planeamento dos seus cuidados; o apoio no acesso aos recursos necessários; e a promoção da parceria de cuidados com os pais/cuidadores[42].

A abordagem centrada na criança e família é a base do modelo de desenvolvimento de Brazelton *Touchpoints* que defende como ação potenciar a relação e as capacidades parentais que impactam com a díade pai/mãe-filho. Descreve a existência de pontos de contato considerando-os como períodos onde existem marcos de desenvolvimento da criança que resultam em perturbações no seio familiar. A capacitação dos pais para o conhecimento e a criação de estratégias para gerir os pontos de contacto proporcionam melhores relações entre a díade. Deste modo, assume-se que a utilização dos serviços de saúde pela criança e pela família, quando inclui uma relação terapêutica e de parceria, pode ser percecionada como uma experiência positiva, uma vez que é promovido o desenvolvimento da autoestima e da aprendizagem de forma a encontrar estratégias para lidar com o medo e a ansiedade[43].

A adoção de uma comunicação que permita estabelecer uma relação terapêutica com a criança/jovem e sua família, contribui para os cuidados centrados na família e traduz-se na transmissão de informação compreensível, imparcial e oportuna. Uma comunicação efetiva favorece a identificação de necessidades da díade, otimizando os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar e melhorando a sua experiência[44]. O desenvolvimento de competências comunicacionais ajustadas à idade e à fase de desenvolvimento da criança/jovem é primordial para o cuidado em enfermagem pediátrica, constituindo-se como uma competência do EESIP[12]. A colaboração da criança/jovem depende em grande parte da perceção que esta adquire do enfermeiro, sendo esta influenciada pela comunicação verbal e não verbal transmitida[44]. Fletcher e os seus colaboradores identificaram as características comunicacionais fundamentais que favorecem a construção de uma relação

terapêutica com a criança/jovem, nomeadamente sorrir durante a interação, demonstrar-se disponível e amigável, apresentar uma postura tranquila, permitir a expressão de sentimentos e necessidades utilizando a escuta ativa, providenciar privacidade para a comunicação com a equipa sempre que necessário, informá-la sobre os procedimentos a realizar e comunicar de acordo com a sua idade e compreensão[44].

Quando os pais se tornam responsáveis por uma criança enfrentam um período de *stress*, fadiga física e alterações no estilo de vida[32]. Os Cuidados Centrados na Família (CCF) enfatizam a importância do papel ativo da família durante a intervenção e reconhecem o bem-estar da família como uma área de atenção, percebendo que a criança poderá não ser a única fonte de angústia[42]. Um estudo conduzido por Done e seus colaboradores sobre a perceção dos enfermeiros acerca dos CCF concluiu que estes contribuem para a participação da família, fumentam o respeito e a dignidade, facilitam a partilha de informações e otimizam a colaboração e a satisfação familiar[45]. Os CCF reconhecem que a família e os profissionais de saúde são parceiros na prestação de cuidados à criança/jovem, envolvendo uma relação baseada numa comunicação aberta e clara e sem julgamentos, com partilha de informação, inclusão da família na tomada de decisão e respeito pela multiculturalidade[42].

Em 2019, a população estrangeira com estatuto legal de residente em Portugal duplicou face a 2014, totalizando cerca de 590 000 pessoas. A Área Metropolitana de Lisboa concentrava, à data, 50,6 % da totalidade da população estrangeira, de nacionalidade principalmente do Brasil e dos PALOP[31]. A prestação de cuidados de enfermagem para o desenvolvimento envolve compreender a dinâmica familiar, que é moldada pela cultura e baseada nas crenças e valores de determinado grupo da sociedade. O cuidado cultural foi estudado na Teoria do Cuidado Cultural de *Madeleine Leininger* que constitui o conhecimento cultural da criança/jovem e sua família um cuidado de excelência. De facto, a cultura influencia o modo como os pais cuidam dos seus filhos, a participação do pai, os hábitos de vida saudáveis ou as oportunidades de aprendizagem disponibilizadas à criança. Com base nestes pressupostos, é possível adaptar o modo de transmissão da informação a fim de otimizar o envolvimento dos pais nos cuidados promotores do desenvolvimento infantil[16].

A informoterapia é uma abordagem que integra o fornecimento de informações de saúde baseadas na evidência, visando melhorar os resultados em saúde e a autonomia das pessoas. Esta refere-se à prescrição oportuna de informação para atender às necessidades específicas de cada pessoa, de modo a tornar a tomada de decisão consciente[46]. A

intervenção no âmbito das competências parentais almeja promover estilos de vida saudáveis nas crianças e sabe-se que a autoeficácia dos pais tem implicações importantes para o desenvolvimento e bem-estar das crianças, dado que se associa a comportamentos positivos da criança[37]. Segundo a teoria de Bandura, a autoeficácia parental é definida como a crença dos pais sobre a sua capacidade de desempenhar o papel parental adequadamente[24,37] e baseia-se em quatro fontes de informação, nomeadamente a própria experiência anterior, a experiência observada nos outros, a persuasão verbal do meio externo sobre as suas capacidades e o estado psicológico que afeta a sua própria experiência e capacidade. As intervenções de capacitação parental devem considerar aspetos relacionados com a autoeficácia parental e integrar estratégias para o envolvimento da família na promoção do desenvolvimento infantil[37].

III. O percurso de aquisição de Competências Especializadas e de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O percurso formativo de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica foi composto por quatro contextos clínicos – Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica, Neonatologia e Unidade de Saúde Familiar – que envolveu duas fases: o Módulo I composto por cerca de 50h a 60h de contacto que me permitiu conhecer os contextos profissionais e efetuar o diagnóstico de situação relativamente aos cuidados promotores do desenvolvimento infantil em parceria com os pais; e o Módulo II destinado à implementação do plano de projeto previamente desenhado com base nas necessidades identificadas.

O processo que desenvolvi assentou na metodologia de projeto que se refere a um método de trabalho que se foca na resolução de problemas reconhecidos e compreende as seguintes etapas: 1) conceção que abrange o diagnóstico de situação, a formulação do problema e o desenvolvimento do projeto; 2) execução traduzindo-se na implementação do planeado; e 3) avaliação que envolve a apresentação dos resultados por meio de relatório[47]. Relativamente à primeira etapa, analisei a literatura existente sobre o desenvolvimento infantil que se traduz no meu enquadramento teórico, e de seguida procedi ao levantamento das necessidades em enfermagem especializada relativamente ao meu tema de estudo nos contextos de estágio profissional.

No Módulo I, elaborei um Plano de Projeto (Apêndice II) com o objetivo geral: "**Desenvolver competências de EESIP transversais aos diferentes contextos de estágio profissional"**, e com os objetivos específicos:

- Analisar os recursos e dinâmicas dos diferentes contextos de estágio profissional;
- Satisfazer as necessidades em cuidados de enfermagem com ênfase nos especializados no âmbito do desenvolvimento infantil.

Relativamente ao primeiro objetivo, consultei os protocolos, normas de procedimento e manuais de acolhimento, identifiquei os conteúdos teóricos inerentes a cada contexto clínico, explorei o espaço físico do serviço e os recursos materiais e refleti sobre as competências dos elementos da equipa multidisciplinar.

No que concerne ao segundo objetivo, para além da colaboração na prestação de cuidados privilegiando os cuidados especializados à criança/jovem e sua família, realizei o diagnóstico de situação que se baseou nos seguintes aspetos: reunião informal com enfermeira chefe e supervisores clínicos (Apêndice III), consulta dos registos de enfermagem

com o foco desenvolvimento infantil, observação das intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil, reflexão sobre informações obtidas através do contacto com os pais/cuidadores e elaboração, aplicação e análise de um questionário aos enfermeiros. Para a aplicação dos questionários, após validação dos supervisores pedagógico e clínico, foi concedida autorização pelo Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem do hospital e dos Enfermeiros Chefe de cada serviço. Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados via *google forms* e os resultados foram trabalhados através do programa *Excel*, utilizando a estatística descritiva para os dados quantitativos e análise de conteúdo para os dados qualitativos.

De seguida farei uma breve contextualização de cada contexto de estágio, explanando o diagnóstico de situação realizado, apresentarei os objetivos e atividades realizadas de acordo com o Plano de Projeto e cronograma de atividades definidos (Apêndices IV e V) para o módulo II tendo em consideração os critérios de avaliação e recursos utilizados. Apresentarei ainda os resultados obtidos e, por fim, apresentarei uma reflexão sobre as competências de EESIP desenvolvidas.

III.1. Internamento de Pediatria

O primeiro estágio de natureza profissional decorreu entre 4 a 20 de dezembro de 2023 (módulo I) e entre 4 de março e 12 de abril de 2024 (módulo II) no Serviço de Internamento de Pediatria, estando inserido no Serviço de Pediatria do edifício materno-infantil de um Hospital Central na zona da grande Lisboa. Este contexto tem capacidade para quinze camas, distribuídas por quartos adaptados às diferentes faixas etárias. Adicionalmente contém três quartos para isolamento e um quarto com monitorização remota de vídeo-eletroencefalograma para estudo da epilepsia refratária. Dispõe de duas salas de atividades lúdicas (para crianças dos dois aos onze anos de idade e para adolescentes dos doze aos dezoito anos de idade). Destinado aos pais, existe uma sala aberta 24 horas por dia com cacifos e com casa de banho com duche, sendo que apenas um deles pode permanecer durante a noite com o seu filho. O Hospital de Dia Pediátrico encontra-se no mesmo espaço físico, dispondo de uma sala de espera com brinquedos e uma sala de tratamento. Neste serviço colaboram uma equipa médica, uma equipa de enfermagem com quinze elementos (cinco EESIP), uma educadora de infância nos dias úteis, os fisioterapeutas, a assistente social, a dietista, os auxiliares de saúde, de limpeza e de alimentação e a secretária da unidade. Os enfermeiros exercem funções através do método

individual de trabalho, isto é, um enfermeiro é responsável por um número de clientes durante o turno, sendo a organização dos cuidados de enfermagem realizada de acordo com as suas necessidades[48]. O serviço apresenta vários protocolos de parceria com outras instituições nomeadamente a Operação Nariz Vermelho com visita dos Doutores Palhaços uma vez por semana, e o *Rotary Club* Lisboa/Belém – Saúde Brincando que se trata de uma parceria com financiamento para a realização da Festa de Natal e do Dia Mundial da Criança.

O serviço articula-se com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos e com o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco. É atualmente creditado como Hospital Amigo dos Bebés pela UNICEF, tendo como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Uma vez que exerço funções como enfermeira no hospital onde decorreram os estágios profissionais, foi possível compreender mais profundamente o funcionamento em rede dos diferentes serviços e as dinâmicas de cuidados prestados, obtendo uma nova perspetiva acerca da continuidade de cuidados à criança/jovem e sua família.

O processo de diagnóstico de situação realizado no Módulo I do estágio profissional baseou-se nos seguintes elementos:

- O serviço não possui nenhum protocolo ou norma de procedimento no âmbito do desenvolvimento infantil. Apresenta um projeto de promoção da parentalidade em desenvolvimento e detém um cartaz informativo acerca do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.
- Os quartos dispõem de bastante luz solar com pouco ruído, estão decorados com figuras infantis nas paredes, e alguns dos enfermeiros utilizam vestuário com padrões infantis. É priorizada a privacidade, alocando primeiramente as crianças/jovens sozinhas nos quartos e têm uma televisão disponível em cada quarto. As salas de atividades lúdicas dispõem de diversos brinquedos, jogos e livros. Foram observados alguns objetos lúdicos nos quartos.
- Os enfermeiros estimulam o desenvolvimento infantil através da interação face-a-face com os lactentes, privilegiando a sução não-nutritiva através da chupeta e o toque através do colo. Promovem o desenvolvimento da motricidade fina através da utilização dos brinquedos e jogos disponíveis, desenvolvem o sentido de autonomia e a gestão emocional através da negociação dos cuidados, e estimulam a linguagem e o raciocínio por meio da comunicação terapêutica. São respeitadas as rotinas habituais da criança/jovem, sempre que possível, dando prioridade aos cuidados prestados pelos pais.

A elevada multiculturalidade demonstrou-se uma barreira na comunicação, uma vez que existe uma grande afluência de crianças estrangeiras no serviço.

- No sistema informático S-Clínico, é aberto o foco de enfermagem "Desenvolvimento Infantil" nos lactentes com o objetivo de utilizar intervenções de enfermagem tais como "Vigiar fontanela", "Vigiar reflexo de sucção", entre outras. Não é definido nenhum diagnóstico de enfermagem nem é realizada a avaliação do desenvolvimento infantil no sistema informático.
- Na interação com os pais/cuidadores, pude percecionar que estes estão recetivos e agradados com as intervenções promotoras do desenvolvimento infantil prestadas pelos enfermeiros, colaborando na utilização do material lúdico e envolvendo-se na prestação e gestão de cuidados aos seus filhos. Os pais são os principais cuidadores durante o internamento e foram observados a embalar, a cantar, a amamentar/alimentar, a brincar e a acalmar os seus filhos, bem como a oferecer meios tecnológicos aos seus filhos com frequência.
- Na reunião com a Enfermeira Chefe, foram identificadas como necessidades do serviço a abordagem do impacto das tecnologias na infância através de uma sessão de educação para a saúde para os pais/cuidadores e realização de um cartaz informativo. A proposta de dinamização do Dia Mundial do Teatro foi autorizada. A Enfermeira Chefe não considerou importante a elaboração de um painel sensorial, a dinamização do Dia Internacional do Livro Infantil e a análise SWOT para os enfermeiros sobre as práticas promotoras do desenvolvimento, atividades inicialmente propostas pelo que estas não foram realizadas.
- No sentido de compreender as necessidades em cuidados de enfermagem especializados no âmbito do desenvolvimento infantil segundo os enfermeiros do serviço, apliquei um questionário que demonstrou que 100% dos enfermeiros consideram a utilização dos ecrãs um tema relevante para a prática, sendo que 12,5% aborda o tema muitas vezes, 50% aborda-o algumas vezes e 37,5% raramente (Apêndices VI e VII).

Face ao diagnóstico de situação efetuado, identifiquei como objetivo geral: ***Desenvolver competências de EESIP no Serviço de Internamento de Pediatria,*** com concretização dos seguintes objetivos específicos e atividades.

Objetivo Específico 1: ***Prestar cuidados especializados à criança/jovem e sua família***.

Pude cuidar diretamente da população-alvo sob supervisão clínica tendo como linha orientadora os cuidados atraumáticos[42] e a filosofia dos Cuidados Centrados na Família[42]. A evidência científica mais atual foi propulsora da evolução do meu conhecimento ao longo do estágio profissional. Tive diversas experiências com prestação de cuidados a crianças/jovens de todas as faixas etárias com patologia maioritariamente de causa infeciosa (respiratória, dermatológica, renal), com patologia mental, para cirurgia eletiva, em situações de quedas, para treino de competências alimentares em recém-nascidos prematuros e casos sociais por negligência e abuso sexual. Os critérios de avaliação foram atingidos, tendo superado o número de crianças/jovens e famílias assistidas face ao planeado.

Objetivo Específico 2: ***Promover o desenvolvimento da criança/jovem hospitalizada através do teatro***

Realizei a dinamização do Dia Internacional do Teatro através da colaboração de uma associação cultural que desenvolveu um teatro de improviso. O cuidado lúdico converge para uma prática de cuidados atraumáticos no sentido em que melhora o humor da criança/jovem[49], promove a adaptação à hospitalização[50,51] e melhora a sua recuperação[49]. Sendo o teatro uma estratégia de Brincadeira Terapêutica em meio hospitalar, este permite que a criança se relaciona com o que a rodeia, desenvolvendo a sua criatividade, as suas ideias, os seus pensamentos e a sua confiança[52–54]. Mediante aprovação da atividade pela Enfermeira Chefe e pela Diretora Clínica da Pediatria, solicitei autorização formal via *email* ao Conselho de Administração (Apêndice VIII) e, após parecer positivo (Apêndice IX), procedi aos pedidos de colaboração via *email* para escolas profissionais e superiores de teatro, organizações de teatro e associações culturais. No pedido de colaboração realizei uma breve apresentação pessoal com contextualização e finalidade da atividade a desenvolver (Apêndice X), tendo sido obtida uma resposta positiva pela Associação Cultural bYfurcação (Apêndice XI). A divulgação da atividade foi realizada por mim no próprio dia devido à elevada rotatividade de crianças/jovens internados. Utilizei um *flyer* para promover a atividade, que distribuí a todas as crianças/jovens e suas famílias (Apêndice XII), conseguindo a participação de cinco com idades compreendidas entre os 2 e os 16 anos, bem como de enfermeiros do serviço e da educadora de infância (Apêndice XIII). A atividade teve a duração de cerca de 45 minutos e foi realizada numa sala de reuniões disponível no serviço que foi previamente reservada. Para prevenção do risco de infeção, todos os presentes foram dispostos na sala de modo a manter alguma distância entre as crianças/jovens e o público utilizou máscara cirúrgica. O conteúdo do teatro de improviso baseou-se em temas da preferência das crianças/jovens como videojogos e programas de

televisão, contando com a participação de todos na dramatização. Também questões culturais foram consideradas como locais de interesse e comida tradicional. A atividade obteve muito sucesso visto que o público participou ativamente e todos os participantes verbalizaram uma grande satisfação. Não obstante foram identificadas algumas barreiras como a irritabilidade decorrente dos processos de doença nas crianças mais novas e a barreira linguística uma vez que uma família era proveniente do Irão com compreensão limitada da língua portuguesa.

Objetivo Específico 3: ***Promover o conhecimento dos pais/cuidadores sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil com vista à sua otimização em todos os contextos da sua vida***

Desenvolvi uma sessão de educação para a saúde para os pais/cuidadores sobre a influência da utilização dos recursos tecnológicos no desenvolvimento infantil e de que modo esta deve ser gerida no dia-a-dia da criança/jovem. Recorri a uma metodologia de pesquisa em bases de dados científicas para desenvolver a sessão (Apêndice XIV), que foi apresentada em suporte *PowerPoint* (Apêndice XV) e com respetivo plano de sessão (Apêndice XVI). De modo a aproveitar janelas de oportunidade de promoção da literacia em saúde, o internamento de uma criança/jovem é um momento oportuno para disseminar informação importante para o desenvolvimento da criança/jovem junto dos seus pais/cuidadores devido à duração alargada de permanência no hospital[55]. A informoterapia pressupõe a transmissão da informação terapêutica certa, à pessoa certa e na hora certa, com a intenção de promover a melhor tomada de decisão pela pessoa[46]. A sessão de educação para a saúde é uma estratégia de transmissão de conhecimento que fomenta o debate e o envolvimento do público-alvo e permite abranger todos os níveis de literacia visto desenvolver-se num hospital público. Para divulgação da sessão recorri a um *flyer* que entreguei a todos os pais/cuidadores (Apêndice XVII), participando três mães na atividade. A baixa participação deveu-se, por um lado, à ausência de alguns pais do internamento e, por outro, à recusa em distanciarem-se dos seus filhos, deixando-os sozinhos. Alguns enfermeiros do serviço também assistiram devido à pertinência do tema para a prática de cuidados, totalizando oito pessoas. A sessão de educação para a saúde destacou-se positivamente pela partilha de experiências e dificuldades sentidas pelas mães na gestão das tecnologias no domicílio. No final, foi aplicado um questionário de avaliação (Apêndice XVIII) com uma taxa de resposta de 88% (7 respostas) e média final de 4,5 pontos (Apêndice XIX). No sentido de compreender de que forma o objetivo da atividade foi alcançado, as mães que assistiram à sessão foram questionados verbalmente no dia seguinte

acerca dos conteúdos abordados. Verificou-se que a totalidade das mães obtiveram 100% de respostas corretas, pelo que se constata aquisição de conhecimento efetivo (Apêndice XX).

Ainda no âmbito do Objetivo Específico 3, elaborei um cartaz informativo intitulado "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil" (Apêndice XXI), de modo a distribuir a informação por diferentes meios e, assim, permitir a disseminação do conhecimento a longo prazo. O cartaz informativo deve conter linguagem simples, um formato legível com o texto dividido em secções para atrair a atenção do leitor e utilizar tons convidativos a fim de transmitir os conteúdos de forma clara e concisa[55]. Após a sua afixação, procedi à avaliação da aquisição de conhecimentos através de inquérito por questionário informal a cinco pais que o leram, sendo necessário incentivar a sua leitura. Verificou-se que a totalidade dos pais/cuidadores inquiridos obtiveram 100% de respostas corretas, pelo que se considera que o recurso promotor da literacia em saúde desenvolvido cumpre o seu objetivo e apresenta a informação de forma percetível e objetiva (Apêndice XXII).

Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de EESIP

O desenvolvimento de competências segue o quadro normativo da Ordem dos Enfermeiros (OE), que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas[56], as competências específicas do EESIP[12] e as competências de mestre em ESIP[57].

No decurso do estágio profissional, a sua exigência impulsionou o desenvolvimento de competências em todos os domínios. A gestão dos cuidados em parceria e o envolvimento da criança/jovem nas decisões de acordo com as suas capacidades foi uma constante através do planeamento dos cuidados em conjunto, nomeadamente o ajuste dos cuidados de acordo com o seu padrão de sono habitual, com a disponibilidade da criança/jovem, com a presença dos pais para que estes possam colaborar e foi incentivada a sua participação com vista à promoção da parentalidade **(E1.1.)**. Deparei-me com uma família a vivenciar momentos críticos, nomeadamente um divórcio em que foi necessário gerir conflitos parentais com vista à proteção da criança, uma vez que afetava o seu estado emocional **(D1.2.)**.

Pude desenvolver competências no sentido de diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam impactar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, tendo demonstrado conhecimentos adequados face às patologias mais frequentes e agido em conformidade. Fui capaz de identificar diversas situações de risco clínico como, por exemplo, recém-nascidos com Sinais de Dificuldade

Respiratória, tendo articulado com a equipa médica para avaliação e inicio de oxigenoterapia. Referenciei, com supervisão, crianças/jovens para outros profissionais como fisioterapeutas. Identifiquei situações sugestivas de maus-tratos por meio de sinais comportamentais da jovem como medo e submissão, tendo partilhado com a equipa e sendo referenciado para a assistente social. Reconheci sinais e sintomas de mal-estar psíquico em jovem que realizou automutilação com apatia, inquietude e pensamentos ruminantes, e tive oportunidade de assistir jovens vítimas de abuso sexual por progenitores e familiares **(A1.1., A1.2., A1.3., A2.1., A2.2., E1.2.)**.

Executei a gestão da dor de modo efetivo por meio de medidas não farmacológicas e farmacológicas, com vista à promoção de cuidados atraumáticos, designadamente a utilização de sacarose oral, sucção não-nutritiva, contenção e métodos de distração em parceria com os pais **(E2.2., D2.2.)**. Os cuidados atraumáticos caracterizam-se pela minimização da dor e do consequente trauma resultante da doença e da hospitalização através de políticas organizacionais bem como das práticas de cuidados adequadas. As intervenções de saúde são reconhecidas pelo seu potencial em causar dano físico e psicológico e as crianças/jovens, pela sua imaturidade e pela sua menor capacidade de comunicar, apresentam um risco superior. Assim, os cuidados atraumáticos envolvem evitar a hospitalização e diminuir o tempo de internamento, manter a criança/jovem e a sua família esclarecidas e preparadas antecipadamente, promover a participação dos pais nos cuidados de saúde, manter as rotinas habituais sempre que possível, adaptar o ambiente às preferências da criança/jovem, e minimizar o stress e a dor e manter uma relação terapêutica adequada[42].

O internamento de crianças/jovens com epilepsia refratária é frequente neste serviço. A epilepsia é a patologia do sistema nervoso mais comum, estimando-se que uma em cada 100 crianças possua ou possa vir a desenvolver esta perturbação e traduz-se numa das principais causas de doença crónica na idade pediátrica. A epilepsia refratária refere-se aos casos em que a medicação não permite um controlo adequado das crises convulsivas, sendo necessário outra abordagem como a dieta cetogénica (maior proporção de gorduras), tratamento cirúrgico ou neuromodulação[58]. Durante o estágio profissional, pude acompanhar a monitorização de crises e ajuste terapêutico nestas crianças, bem como compreender a gestão da doença e dinâmicas familiares **(D2.2., E2.1., E2.3., E2.5.)**.

O desenvolvimento infantil fomenta na criança a capacidade de atender às suas necessidades e às do seu meio, de acordo com o seu contexto de vida[16]. O desenvolvimento cognitivo e socioemocional precoce é preditivo de maior sucesso escolar no

futuro nos países desenvolvidos e em desenvolvimento[9]. Assim, impulsionei a presença das crianças/jovens na brinquedoteca pois a brincadeira é o método promotor do desenvolvimento infantil por excelência[51] e, quando não foi possível, mobilizei recursos lúdicos para os quartos de crianças/jovens em isolamento. A Dinamização do Dia Internacional do Teatro permitiu estimular a criatividade das crianças/jovens, a expressão de emoções e a interação entre pares. No decurso do estágio, primei pelo aprofundamento de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e sua avaliação, e prestei cuidados antecipatórios através da sessão de educação para a saúde para os pais/cuidadores e do cartaz informativo no âmbito do impacto da utilização das tecnologias no desenvolvimento infantil pois sabe-se que a exposição aos dispositivos tecnológicos se relaciona com perturbações socioemocionais e comportamentais, tais como hiperatividade e desatenção, e diminui a interação familiar[7] **(D2.2., E1.1., E3.1.)**.

A comunicação com a criança, para além de ser um meio de transmitir informações, também se constitui uma ferramenta terapêutica que contribui para o bem-estar emocional, a confiança e a segurança da criança[44]. A comunicação foi ajustada à idade e etapas do desenvolvimento com utilização de diferentes estratégias nomeadamente por meio da brincadeira terapêutica como recurso essencial para estabelecer uma relação terapêutica com a criança **(E3.3.)**. A comunicação com o adolescente foi desafiante porque requereu a compreensão sobre as suas preferências relativamente às atividades recreativas, gostos musicais, interação entre pares e utilização das tecnologias. Uma abordagem que incluiu assuntos que lhe são familiares possibilitou a quebra de barreiras de comunicação e construção de uma relação de confiança[1] **(E3.4.)**.

As diferenças linguísticas e culturais são as principais barreiras à comunicação nos cuidados de saúde, aumentando o risco de frustração, ansiedade e medo por quem está a ser cuidado, pouca efetividade dos cuidados, distanciamento e incompreensão da mensagem transmitida[51,59]. Dado que o número de crianças estrangeiras internadas era elevado, prestei cuidados com frequência a famílias que apenas comunicavam através da sua língua de origem, sendo necessário recorrer a estratégias de comunicação como comunicação não verbal e tradutores para a transmissão de informação **(A2.1., A2.2., B3.1, E1.1, E3.3.)**.

As emoções são constituintes inatos da interação humana sendo, portanto, inerentes ao ato de cuidar. O conceito de trabalho emocional foi desenvolvido na disciplina de enfermagem através do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Diogo, que aborda a utilização terapêutica das emoções para melhorar a experiência emocional

da pessoa que é cuidada[60]. No estágio profissional, prestei suporte emocional à mãe de um jovem que realizou automutilação, e pude aplicar estratégias de suporte emocional como a promoção de um ambiente seguro e afetuoso, prestação de cuidados com afeto, gestão das emoções da mãe, estabelecer uma relação terapêutica empática e ajustar as minhas emoções no contacto com esta família[60] **(E1.1., E3.3.)**.

O uso excessivo de écrans relaciona-se com perturbações no desenvolvimento infantil, inclusivamente na linguagem das crianças[61]. Durante a prestação de cuidados, cuidei de uma criança com pais portugueses que apresentava um discurso exclusivamente em língua brasileira, sendo a sua causa a visualização frequente de vídeos brasileiros no *Youtube*. Considero ser uma situação de risco face às possíveis implicações no sucesso escolar e na socialização, pelo que intervim na família de modo a sensibilizá-la para a problemática e oferecer estratégias de controlo do uso das tecnologias no domicílio **(E1.2.)**.

III.2. Urgência Pediátrica

O estágio profissional no Serviço de Urgência Pediátrica decorreu de 3 a 20 de janeiro de 2024 (módulo I) e de 15 de abril a 18 de maio de 2024 (módulo II). O serviço é composto por dois espaços distintos: a Urgência Pediátrica que dispõe de cinco gabinetes de observação, uma sala de espera e duas salas de subespera, uma sala de triagem, duas salas de tratamento e uma sala de reanimação, e que encerra no período noturno; e a Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) que tem capacidade para seis camas (quatro de cuidados especiais e duas de internamento de curta duração – Serviço de Observação). A UCEP permite realizar uma vigilância contínua, estabilizar e prestar cuidados a crianças/jovens com necessidade de internamento de curta duração ou em situações mais graves ou instáveis, como no pós-operatório de cirurgias eletivas e quando é necessário suporte ventilatório não invasivo. Na UCEP, os pais dispõem de uma sala para extração de leite materno, e um deles pode permanecer durante 24 horas no serviço. Colaboram uma equipa médica, a equipa de enfermagem com 25 elementos (cinco EESIP e um EEER), a assistente social, a dietista, os auxiliares de ação médica, de limpeza e de alimentação e a secretária da unidade. Os fisioterapeutas apenas colaboram quando solicitados. Os enfermeiros regem-se pelo método individual de trabalho[48].

O diagnóstico de situação no Serviço de Urgência Pediátrica fundamentou-se nos seguintes aspetos:

- O serviço não possui nenhum protocolo ou norma de procedimento no âmbito do desenvolvimento infantil.
- Dispõe de um armário movível na sala de tratamentos com diversos recursos lúdicos. Na UCEP está disponível um armário com diversos brinquedos, jogos e livros.
- Os enfermeiros estimulam o desenvolvimento infantil através do contacto facial com os lactentes, promovem a estimulação sensorial através do toque e a sucção não nutritiva através da chupeta. Estes promovem o desenvolvimento neuromotor através da utilização dos brinquedos e jogos disponíveis, desenvolvem o sentido de autonomia e a gestão emocional através da negociação dos cuidados, e estimulam o desenvolvimento cognitivo e social através do diálogo. Utilizam a distração por via do humor (ex. canto, imitação, anedotas) para diminuir o medo e a dor durante a realização de procedimentos. Alguns enfermeiros têm dificuldade em reconhecer os materiais disponíveis para distração no armário movível da sala de procedimentos. São respeitadas as rotinas habituais da criança/jovem, sempre que possível, valorizando a parceria de cuidados. Destaca-se a elevada multiculturalidade das crianças e famílias que aqui recorrem.
- No sistema informático S-Clínico, apenas é aberto o foco de enfermagem "Desenvolvimento Infantil" nos lactentes com o objetivo de utilizar intervenções de enfermagem tais como "Vigiar fontanela", "Vigiar reflexo de sucção", entre outras. Não é definido nenhum diagnóstico de enfermagem nem é realizada a avaliação do desenvolvimento infantil no sistema informático.
- Na interação com os pais/cuidadores, pôde verificar-se que estes colaboram na utilização de brinquedos como modo de distração, bem como também utilizam as tecnologias como recurso. Os pais são os principais cuidadores durante o internamento na UCEP e foram observados a embalar, a cantar, a amamentar/alimentar, a brincar e a acalmar os seus filhos.
- Na reunião com a Enfermeira Chefe, a proposta de realização de um recurso audiovisual sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil para reprodução na sala de espera e a dinamização do Dia Internacional da Família foram aceites. O recurso audiovisual surgiu em alternativa ao cartaz informativo uma vez que tem maior visibilidade naquele contexto. Foi identificada a necessidade de criar o Projeto da Brincadeira Terapêutica, com elaboração de um procedimento setorial e restruturação do

armário movível presente na sala de procedimentos, com posterior apresentação à equipa de enfermagem.

- Com a intenção de analisar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados no âmbito do desenvolvimento infantil segundo os enfermeiros do serviço, foi aplicado um questionário em que 100% dos enfermeiros consideram a brincadeira terapêutica uma estratégia importante nos cuidados prestados à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica. Relativamente à frequência com que utilizam os recursos disponíveis na sala de procedimentos para distração, 12,5% dos enfermeiros utilizam-nos sempre, 50% utilizam-nos muitas vezes, 25% utilizam-nos algumas vezes e 12,5% utilizam-nos raramente. Relativamente ao uso das tecnologias pela criança/jovem, 87,5% assumem-no como um tema relevante, sendo que apenas 12,5% dos enfermeiros abordam-no muitas vezes durante a prestação de cuidados (Apêndices XXIII e XXIV).

Com o objetivo geral: ***Desenvolver competências de EESIP no Serviço de Urgência Pediátrica***, definiram-se os seguintes objetivos e atividades apresentados tendo em consideração o diagnóstico de situação realizado.

Objetivo Específico 1: ***Prestar cuidados especializados à criança/jovem e sua família***

No serviço de urgência pediátrica tive a oportunidade de cuidar da população infantil nas diferentes faixas etárias. A minha experiência envolveu a colaboração na triagem, execução de manobras de suporte avançado de vida pediátrico na sala de reanimação, realização de procedimentos diversos como colheitas de produtos biológicos, aspiração de secreções, administração de terapêutica e colaboração em procedimentos médicos, prestação de cuidados no Serviço de Observação e na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos com criança em ventilação mecânica não invasiva. Dado o elevado número de crianças/jovens assistidas, os critérios de avaliação definidos foram amplamente atingidos.

Objetivo Específico 2: ***Promover a utilização da brincadeira terapêutica para uma prática de cuidados atraumáticos e impulsionadora do desenvolvimento infantil***

A brincadeira terapêutica é considerada uma estratégia comunicacional promotora da adaptação da criança/jovem ao ambiente hospitalar, que pode incluir a existência de um espaço com brinquedos (brinquedoteca) a fim de estimular o seu imaginário e fazê-la sentir-se confortável e segura[62]. A aproximação à realidade vai, por sua vez, diminuir a ansiedade, o medo e o sofrimento associados à hospitalização[50,53,62]. A brincadeira terapêutica engloba a utilização de brinquedos, do brinquedo terapêutico, de jogos, de

técnicas de relaxamento, pinturas, teatro, música, dança, dramatização, distração, conversa, leitura de histórias e visualização de filmes infantis[50,52,53]. As fardas coloridas e com desenhos promovem a aproximação dos profissionais e da criança e reduzem o medo[51,52,54].

Neste sentido, elaborei o Projeto da Brincadeira Terapêutica na Urgência Pediátrica que envolveu, através de uma metodologia de pesquisa em bases de dados científicas (Apêndice XXV), a criação de um Procedimento Setorial, a reformulação de um armário disponível na sala de procedimentos de apoio à triagem e a realização de uma sessão de formação em serviço para dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem. A elaboração do Procedimento Setorial (Apêndice XXVI), que foi revisto e aceite pelos Supervisores Pedagógico e Clínico e pela Enfermeira Chefe, destina-se à uniformização das práticas de cuidados. Este documento engloba, para além da contextualização teórica, a descrição dos recursos disponíveis e a sua incorporação nos registos informáticos de enfermagem. A reformulação do armário pré-existente foi imperativa uma vez que este se encontrava desorganizado, com pouco recursos e a maioria deles com visível desgasto. Este era pouco utilizado pelos enfermeiros visto que não detinha nenhum projeto subjacente à sua implementação, pelo que a utilização da brincadeira terapêutica advinha maioritariamente pela imitação, pelo humor ou pela narração de histórias. Para a reformulação do armário, inicialmente identifiquei os recursos adequados a cada faixa etária tendo em consideração as etapas do desenvolvimento infantil e foi organizado do seguinte modo: 1ª infância (0 aos 3 anos), 2ª infância (3 aos 6 anos), idade escolar (6 aos 11 anos) e adolescência (12 aos 18 anos). Para a sua composição, adquiri livros, instrumentos musicais, jogos, balões e objetos de recompensa como autocolantes infantis ou pulseiras, e forma reutilizados alguns recursos como os óculos de Realidade Virtual, o *Buzzy*, os fantoches, entre outros. Após a conclusão das atividades anteriores, realizei uma sessão de formação em serviço para os enfermeiros intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica" tendo por base a pesquisa em bases de dados científicas realizada para o desenvolvimento do Procedimento Setorial. A formação em serviço deve ter como finalidade responder às necessidades de formação da equipa de enfermagem[63] e visa o aumento dos conhecimentos, a aquisição de técnicas e a modificação de comportamentos[64]. Assim, desenvolvi uma apresentação em suporte *PowerPoint* (Apêndice XXVII) com o respetivo plano de sessão (Apêndice XXVIII), que se concretizou por via on-*line* e a sua divulgação ocorreu através de um cartaz afixado na sala de enfermagem (Apêndice XXIX). Estiveram presentes 11 enfermeiros que participaram

ativamente no debate demonstrando interesse pelo tema com contributos para a prática. No final foi aplicado um questionário de avaliação (Apêndice XXX) que obteve 9 respostas com uma taxa de resposta de 82% e classificação média final de 4,95 numa escala de 0 a 5 (Apêndice XXXI). No sentido de compreender se o objetivo definido foi atingido, após a implementação do Projeto da Brincadeira Terapêutica realizei observações informais aleatórias durante a prestação de cuidados dos enfermeiros de modo a avaliar a sua utilização. As observações foram realizadas ao longo de um turno, estando três enfermeiros destacados para a triagem/sala de procedimentos. Foram realizadas 8 observações informais, em que a brincadeira terapêutica foi utilizada em todas elas através da dramatização e da distração. Os recursos de distração mais utilizados foram os livros e os balões, pelo que considero ter atingido os objetivos delineados.

Adicionalmente, e face a uma necessidade identificada no módulo II, construi um brinquedo terapêutico instrucional (BTI) para o desenvolvimento de competências das crianças/jovens admitidos por Diabetes Mellitus tipo I (DM1) inaugural relativamente à administração de insulina (Apêndice XXXII). A DM1 é uma das patologias crónicas que mais afeta a população infantojuvenil e a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. É uma doença que acarreta riscos associados a complicações agudas e crónicas e requer um controlo contínuo e o cumprimento de um regime alimentar e terapêutico rígido, nomeadamente a insulinoterapia. O BTI é um brinquedo que permite explicar um procedimento a realizar à criança, de modo a que esta o compreenda, e pode ser um recurso útil para o enfermeiro dado que o brincar é um modo de comunicação com a criança e permite a construção de uma relação de empática. Em crianças/jovens com diagnóstico recente de DMI, a capacitação para a gestão da doença deve ocorrer desde o momento da admissão até à alta hospitalar[65]. Os ensinos relativamente às zonas de administração de insulina, à importância da alternância desses locais e ao modo de administração são competência do enfermeiro e devem ser realizados aquando do diagnóstico[66]. O BTI construído trata-se de um boneco humano com a demarcação das zonas de administração de insulina e visa auxiliar na realização de ensinos e no treino de capacidades inerentes à insulinoterapia. No momento em que o BTI foi disponibilizado não haviam crianças/jovens admitidas com DM1, pelo que não foi possível avaliar a sua utilização.

Objetivo Específico 3: ***Promover o conhecimento dos pais/cuidadores sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil com vista à sua otimização em todos os contextos da sua vida***

Dado o contexto de urgência, o recurso promotor da literacia em saúde aqui desenvolvido foi um recurso audiovisual para reprodução na sala de espera pois, sendo um local de permanência das crianças/jovens e suas famílias enquanto aguardam pelo atendimento, obtém mais visibilidade. O conceito de literacia em saúde surgiu pela primeira vez em 1974 e refere-se ao conhecimento, à motivação e às competências das pessoas para aceder, compreender, analisar e utilizar a informação, dando-lhe a oportunidade de formar juízos e decidir sobre os cuidados de saúde. A literacia em saúde é essencial para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a utilização eficaz e eficiente dos serviços[55]. O vídeo foi criado na aplicação *canva* e utilizei excertos de vídeos da plataforma *pexels* que autoriza a sua partilha. Foram utilizadas cores suaves, o tamanho e tipo de letra foi ajustado para permitir a leitura à distância, foi considerada a duração de passagem da informação para que a população-alvo tenha tempo de a ler, o vocabulário foi adaptado à população geral e não possui som pela restrição inerente a uma sala de espera. Privilegiei uma apresentação dinâmica e apelativa para gerar o interesse da população-alvo. O recurso audiovisual foi aprovado pela Enfermeira Chefe, ficando esta responsável por agilizar com o Gabinete de Comunicação e Imagem. Até à data de entrega do relatório, o vídeo ainda não tinha sido reproduzido nos locais indicados, pelo que não foi possível avaliar a sua efetividade.

Objetivo Específico 4: ***Promover a humanização dos cuidados no processo de hospitalização da criança/jovem***

A fim de promover a humanização dos cuidados, foi dinamizado o Dia Internacional da Família com a realização de molduras em madeira com fotografias das crianças/jovens com as suas famílias no serviço de urgência pediátrica (Apêndice XXXIII). A humanização dos cuidados engloba a personalização da comunicação, a empatia e a compaixão mediante a fragilidade e o estado emocional e psicossocial da pessoa e está assente na Lei de Bases de Saúde de 2019 como princípio para a qualidade dos cuidados prestados[67]. Implica a valorização do ser humano e respeito pela dignidade de cada pessoa. A humanização dos cuidados tem sido uma prioridade no Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo um exemplo o "Compromisso para Humanização Hospitalar" criado em 2019 que envolveu todos os hospitais públicos e privados do país[68]. De modo a dar visibilidade ao dia comemorativo, foram afixados cartazes de divulgação em vários locais do serviço (Apêndice XXXIV). Participaram na atividade sete crianças/jovens, desde lactentes a adolescentes, e suas famílias que demonstraram agrado e reconhecimento da importância dos cuidados humanizados em contexto de hospitalização.

Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de EESIP

A prestação de cuidados seguiu os princípios, valores e normas deontológicas de enfermagem e primou pela valorização dos direitos humanos **(A1.1., A2.1.)**. Na prática clínica pude participar nas discussões em equipa sobre as decisões face aos cuidados prestados com a mobilização de conhecimentos adquiridos pela experiência e pesquisa científica fomentando a reflexão, e participei na gestão dos cuidados face às necessidades individuais da criança/jovem e sua família **(A1.2.)**. Identifiquei oportunidades de melhoria da prática, nomeadamente mobilizei recursos de prevenção de úlceras de pressão nasal em lactente com CPAP nasal do serviço onde exerço funções uma vez que pertencem ao mesmo hospital e agilizei com a Enfermeira Chefe para aquisição do apósito para *stock* do serviço **(A1.2., A2.2., B3.2., C1.1.).**

No que concerne à maximização da saúde, a promoção da parentalidade manteve-se primordial através do envolvimento e promoção da autonomia da criança/jovem e da sua família na prestação de cuidados, tendo por base os cuidados centrados na família[42]. Durante a prestação de cuidados, a capacitação parental foi promovida oportunamente para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, sendo a família parceira nos cuidados **(E1.1.)**. A comunicação e as questões culturais foram uma preocupação pela marcada multiculturalidade da população que recorre ao serviço de urgência pediátrica **(A2.1., A2.2., B3.1, E1.1, E3.3.)**. Foram utilizadas estratégias inovadoras de promoção da literacia em saúde dos pais/cuidadores, nomeadamente o recurso audiovisual sobre a utilização das tecnologias pela criança e jovem **(E1.1, E3.3.)**. A dinamização do Dia Internacional da Família, para além da humanização dos cuidados, contribuiu para os Cuidados Centrados na Família[42] com enfoque nas suas necessidades e primando pelo seu bem-estar psicológico **(A1.1., A2.1., E1.1, E3.2)**.

Os conflitos entre pais e filhos envolvem trocas transacionais, isto é, resultam de interações recíprocas pelo que tanto os pais quanto os filhos contribuem para os seus conflitos. Os pais de adolescentes problemáticos apresentam tendencialmente um comportamento hostil e menos afetuoso, enquanto que os filhos adolescentes de mães com depressão tendem a desenvolver comportamentos de raiva, culminando em situações de conflito. Estas são mais propensas na fase da adolescência e impactam no desenvolvimento do adolescente[69]. Pude presenciar uma admissão por episódio de violência entre uma adolescente e a sua mãe que resultou num traumatismo cranioencefálico. Neste contexto, participei na análise da estrutura e do contexto familiar de modo a identificar carências

em cuidados, foi realizado apoio emocional e providenciada escuta ativa à família, sendo referenciada para a assistente social **(A2.1., E1.1., E1.2., E3.3., E3.4.)**.

A construção de um BTI para a Diabetes Mellitus tipo 1 permitiu promover a gestão do regime terapêutico, demonstrando ser uma estratégia motivadora para a aquisição de conhecimentos e habilidades especializadas, bem como caminha para a consciencialização do processo de doença crónica do binómio criança/jovem e família **(E1.1., E2.5., E3.3.)**.

Durante a prestação de cuidados, fui capaz de responder adequadamente às doenças comuns de toda a idade pediátrica, referenciando para outros profissionais quando necessário, como fisioterapeuta em caso de necessidade de cinesiterapia respiratória e ausência de enfermeiro de reabilitação, e em situações de instabilidade hemodinâmica com necessidade de providenciar apoio da equipa médica **(E1.2.)**. Reconheci situações de instabilidade das funções vitais, como por exemplo: identificação de crises convulsivas atempadamente com rápida resposta; e identificação de uma situação de paragem cardiorrespiratória de um recém-nascido na triagem, tendo colaborado na reanimação com demonstração de conhecimentos de suporte avançado de vida neonatal e montagem de ventiladores **(E2.1., E2.3.)**. Uma vez que colaborei na realização de triagem, aprimorei a capacidade de identificar sinais e sintomas de doença bem como o seu grau de gravidade **(D1.2.)**.

Fui capaz de responder perante doenças raras, nomeadamente na prestação de cuidados a uma lactente com crises convulsivas frequentes refratárias à terapêutica com internamento prolongado na UCEP. Esta lactente apresentava sinais de atraso de desenvolvimento caracterizada pela hipotonicidade generalizada, com tremores dos membros mantidos, olhar vago e nistagmo. Este binómio lactente/família permitiu-se desenvolver inúmeras competências especializadas dada a complexidade dos cuidados **(E2.3.)**. Providenciei medidas de controlo da dor através da sucção não nutritiva, sacarose oral, contenção, colo e terapêutica analgésica **(E2.2.)**. Face à identificação de necessidades especiais e incapacidade da lactente, foram geridas as expectativas da família e promovida a consciencialização perante a doença crónica, sendo providenciado apoio psicológico. Criou-se uma relação de empatia com esta família, pelo que foi providenciado apoio emocional e aplicadas estratégias promotoras da esperança **(E2.5.)**. No Dia da Mãe, a mãe demonstrou tristeza por passá-lo no hospital, pelo que mobilizei recursos de modo a providenciar uma oferta simbólica do Dia da Mãe, tendo um enorme impacto no bem-estar emocional desta pessoa **(A1.1., A2.1., E2.5.)**.

No âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, para além do recurso de literacia em saúde desenvolvido sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil **(E1.1, E3.1., E3.3.)**, a construção do Projeto da Brincadeira Terapêutica permite contribuir para a melhoria continua da qualidade e aplicar estratégias que visam, de entre outros, a promoção do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial **(B1.1., B1.2., D2.1.)**. A brincadeira terapêutica contribuiu também para o estabelecimento de uma comunicação efetiva com a criança/jovem de acordo com a etapa de desenvolvimento infantil **(E3.3)** e para o controlo da dor pediátrica através da distração, utilizando recursos como os óculos de Realidade Virtual, o *Buzzy*, entre outros **(E2.2.)**.

Colaborei na transmissão de más noticias seguindo o protocolo SPIKES[70] perante um caso de pré-afogamento de um jovem, sendo necessário informar os pais do sucedido quando estes se apresentaram no serviço. A abordagem incluiu o planeamento do local e condições, foi privilegiada a via presencial, demonstrou-se empatia com a família e recorreu-se à escuta ativa, ajustando o ritmo da conversa ao estado emocional dos pais e foram esclarecidas dúvidas quanto às implicações no futuro. No final, foi dado espaço para assimilação da informação e demonstrada disponibilidade para quando oportuno. Não foi necessário solicitar apoio de psicólogo, no entanto este foi considerado **(A1.1., A2.1., A2.2., E2.1.)**. Esta experiência permitiu desenvolver o meu autoconhecimento pois fui capaz de gerir as minhas emoções na construção do processo de ajuda **(D1.1., D1.2.)**. Esta família era proveniente do Bangladesh, pelo que comunicavam em inglês com alguma dificuldade. A gestão da barreira linguística e do estado emocional da mãe à chegada foi um desafio e contribuiu para a aquisição de competências comunicacionais **(E3.3)**.

III.3. Unidade de Saúde Familiar

Nos cuidados de saúde primários o estágio profissional decorreu entre 22 de janeiro e 6 de fevereiro de 2024 (módulo I) e entre 20 de maio e 22 de junho de 2024 (módulo II) numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da zona da grande Lisboa, inaugurada em 2016 e com uma área de influência de 8,81 Km^2 com cerca de 36 000 habitantes em 2011. Presta cuidados de saúde aos utentes residentes na sua área geográfica de influência, desde que inscritos em listas de médico de família desta unidade. A USF funciona em micro-equipa (um médico, um enfermeiro e um secretário clínico), sendo uma atribuída a cada utente inscrito pelo que se regem pelo método de trabalho em equipa. Os recursos

humanos englobam oito médicos de medicina geral e familiar, sete enfermeiros (um EESIP, três EECSP e um EEEMC), uma assistente social, uma psicóloga, uma higienista oral, quatro secretários clínicos, assistentes de limpeza e um vigilante. Dispõe de nove gabinetes médicos, nove gabinetes de enfermagem, um gabinete de psicologia, um gabinete de assistência social, um gabinete de higienização oral, duas salas de tratamentos, uma sala de vacinação, um espaço para amamentação, um espaço de atendimento ao público com três balcões de atendimento com sala de espera geral e uma sala de espera infantil, três salas de arquivo e de armazém, duas salas de reuniões, bem como um vestiário e sala de refeições.

No que concerne à saúde infantil e pediátrica, a USF integra o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil[14], o Programa Nacional de Vacinação[71] e o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva[72]. A USF colabora com as Equipas Locais de Intervenção no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) através da referenciação de crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e tem como objetivos: prevenir ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento em função das necessidades familiares, otimizar o acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação, e articular com a comunidade os recursos sociais necessários[73]. Outra área de atuação da USF é a deteção e encaminhamento de crianças/jovens em risco de maus-tratos através da cooperação com o Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR) sendo a minha supervisora clínica o elo de ligação.

O diagnóstico de situação na USF baseou-se nos seguintes dados:

- A unidade tem um protocolo assistencial sobre a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil e sobre a Consulta de Planeamento Familiar.
- Apresenta uma sala de espera infantil com mesa e cadeiras adaptadas com diversos materiais lúdicos, bem como pósteres sobre o aleitamento materno, a comunicação em segurança na internet, a obesidade infantil e a consulta de saúde oral. No gabinete da minha supervisora clínica tem disponível uma roca, um livro educativo e lápis coloridos. Existe uma pequena caixa com objetos em desuso para aplicação da Escala de *Mary Sheridan*, com poucos cubos e uma boneca com visível desgasto. Têm disponível folhetos sobre a promoção do aleitamento materno e a alimentação no primeiro ano de vida.
- As consultas de saúde infantil e pediátrica são realizadas por todos os enfermeiros da USF. Durante a realização das consultas, a criança/jovem é incentivada a desempenhar as tarefas que constam na Escala de *Mary Sheridan*, dando prioridade à participação

da criança/jovem na consulta. Também os ensinos efetuados aos pais/cuidadores acerca dos cuidados antecipatórios permitem otimizar o desenvolvimento infantil no domicílio. Apesar de não ter disponível todos os recursos necessários, a enfermeira adapta-se às necessidades (utiliza as cores das pinturas nas paredes, utiliza folha de papel e lápis de cor, questiona os pais/cuidadores).

- No sistema informático S-Clínico, este permite em cada consulta de saúde infantil e juvenil, através da intervenção de diagnóstico "Avaliar o desenvolvimento infantil e juvenil", realizar uma avaliação completa com base no PNSIJ uma vez que descreve os elementos a avaliar em cada idade-chave, os cuidados antecipatórios, a Escala de *Mary Sheridan*, a avaliação do risco familiar e permite ainda referenciar para o SNIPI.
- Na interação com os pais/cuidadores, alguns mostram-se recetivos à intervenção de enfermagem no âmbito da avaliação do desenvolvimento e participam ativamente. Deparei-me também com casos de absentismo às consultas de vigilância (alguns casos referenciados para o NACJR).
- A supervisora clínica solicitou a realização de um folheto informativo acerca impacto das tecnologias na criança/jovem, considerando que um vídeo para passagem na sala de espera também seria útil. Quando apresentada a proposta de realização de um *kit* com recursos para aplicação da Escala de *Mary Sheridan* e do painel de atividades para treino de motricidade fina para *toddlers*, considerou muito oportunos. Menciona que o *kit* com recursos da Escala de *Mary Sheridan* disponível está incompleto e desadequado quanto ao tipo de materiais (não laváveis). Uma das necessidades do serviço é uma formação sobre a deteção de alterações do desenvolvimento e respetivo encaminhamento. Sugeri disponibilizar uma base de secretária com a Escala de *Mary Sheridan*, no entanto a enfermeira não considera útil para a sua prática de cuidados uma vez que os itens se encontram descritos no S-Clínico.
- Através da aplicação de questionários aos enfermeiros, quanto aos recursos que estão disponíveis para aplicação da Escala de *Mary Sheridan* as respostas não são consensuais sendo referido com maior frequência a roca, os cubos, e livros com figuras, o que remete para o facto de que cada enfermeira tem algum material disponível no seu gabinete. Quanto aos recursos utilizados, são mencionados a roca, o livro com figuras, o painel de cores, os cubos, a bola pendente, a tabela de *Snellen*, a observação direta do comportamento, as informações obtidas através dos pais, a folha de papel e lápis de cor. Cerca de 83% dos enfermeiros considera que o material disponível não é adequado

e completo e 100% consideram útil a elaboração de um *kit* com os recursos materiais necessários. Relativamente à utilização dos ecrãs pela criança/jovem, 100% consideram um tema relevante na consulta de saúde infantil e pediátrica, em que 50% dos enfermeiros o aborda muitas vezes e 33% aborda sempre. (Apêndices XXXV e XXXVI).

Tendo-se definido o objetivo geral: ***Desenvolver competências de EESIP na Unidade de Saúde Familiar***, enumeram-se os objetivos e atividades concretizados com base no diagnóstico de situação obtido.

Objetivo Específico 1: ***Prestar cuidados especializados à criança/jovem e sua família***

Colaborei nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil e de planeamento familiar, com realização de procedimentos diversos como vacinação e tratamentos a feridas complexas, avaliação global da saúde infantil e capacitação parental. Prestei ainda cuidados especializados de saúde infantil e pediátrica em contexto de visita domiciliária. Os critérios de avaliação foram atingidos dado que prestei cuidados a mais que dez crianças/jovens e suas famílias.

Objetivo Específico 2: ***Otimizar a avaliação do desenvolvimento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil***

Sendo a infância um período essencial para o desenvolvimento adequado da criança, é prioritária a avaliação do desenvolvimento infantil sistematicamente de modo a detetar precocemente fatores que prejudicam a aquisição de novas competências e intervir sobre elas[26]. A avaliação do desenvolvimento infantil apresenta-se descrito no PNSIJ como um procedimento transversal a todos os contactos com a criança/jovem, valorizando os cuidados antecipatórios como promotores da saúde, a articulação entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que incentivem o seu bem-estar, crescimento e desenvolvimento, bem como a deteção de alterações do desenvolvimento e respetivo encaminhamento[14]. O instrumento de avaliação amplamente utilizado há várias décadas no Sistema Nacional de Saúde português é a Escala de *Mary Sheridan* Modificada, uma vez que se trata de um teste simples e que integra os sistemas informáticos nos cuidados de saúde primários. Este instrumento traduz o "padrão de referência da normalidade", ressalvando que a criança/jovem pode chegar ao mesmo estado de desenvolvimento em diferentes idades. A Escala de *Mary Sheridan* avalia quatro grandes áreas do desenvolvimento infantil: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; e comportamento e adaptação social. Identifica os comportamentos expectáveis para

cada idade-chave, descreve os sinais de alarme para cada momento e indica atividades promotoras do desenvolvimento a realizar pelos profissionais e pelos cuidadores[14].

Sabendo da importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança[14], construí um *kit* com os recursos materiais necessários à aplicação da Escala Modificada de *Mary Sheridan* (Apêndice XXXVII) e respetivo inventário (Apêndice XXXVIII). O *kit* ficou disponível para todos os enfermeiros da USF, uma vez que todos realizam consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. Quando o apresentei à equipa, foi sugerido replicá-lo para todos os gabinetes dada a sua utilidade. Para analisar a concretização do objetivo proposto, após a implementação do *kit* efetuei observações informais aleatórias durante a realização de consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil pelos enfermeiros da USF de modo a verificar se este é utilizado. Ao longo de três turnos, foi possível observar três das sete enfermeiras da USF a recorrerem ao *kit*. O facto de não existir um *kit* para cada gabinete é um fator que dificulta a sua utilização generalizada, no entanto a sua utilização contribui para uma avaliação mais completa e eficiente.

Em 2018, o *Global Research on Developmental Disabilities Collaborators* estimou que 8,4% das crianças com menos de cinco anos de idade em todo o mundo apresentavam perturbações no seu desenvolvimento[74]. O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) destaca como prioridade a identificação precoce e o suporte para crianças e jovens com necessidades especiais, por meio das consultas de acompanhamento realizadas nos cuidados de saúde primários em idades críticas, que correspondem a fases importantes do desenvolvimento[14]. Assim, com o intuito de promover a deteção precoce de alterações do neurodesenvolvimento, através de uma pesquisa bibliográfica (Apêndice XXXIX) realizei uma sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil" em suporte *PowerPoint* (Apêndice XL) com o respetivo plano de sessão (Apêndice XLI). A sessão de formação em serviço realizou-se presencialmente numa sala de reuniões disponível na USF e a sua divulgação ocorreu via *e-mail* pelo responsável da formação em serviço. Estiveram presentes seis enfermeiros que evidenciaram interesse pela temática e fizeram contributos para o debate ao longo da apresentação. No final solicitei o preenchimento do questionário de avaliação que obteve seis respostas, com uma taxa de resposta de 100% e classificação média final de 4,8 numa escala de 0 a 5 (Apêndice XLII).

Objetivo Específico 3: ***Promover o desenvolvimento da motricidade fina da criança***

As competências motoras finas são as que envolvem os pequenos músculos e a coordenação óculo-manual, como apertar os cordões dos sapatos, desenhar, pintar ou utilizar uma tesoura. Entre os três e os seis anos de idade, ocorre um grande progresso nas competências motoras finas, o que possibilita desenvolver o sentido de autonomia. A aprendizagem vai evoluindo para tarefas mais complexas, como por exemplo: aos três anos, a criança é capaz comer com talheres, ir à casa de banho e desenhar um círculo; com quatro anos, consegue vestir-se com ajuda e desenhar a figura humana; com cinco anos é capaz de copiar um quadrado ou um triângulo e desenhar uma figura humana mais elaborada[20].

Visando o desenvolvimento da motricidade fina das crianças inscritas na USF, construí um painel de atividades manufaturado com interruptores, fechaduras, fechos e cordões de modo a permitir o treino destas competências (Apêndice XLIII). O painel de atividades foi afixado num móvel amovível para que seja facilmente deslocado para os vários gabinetes. Durante o estágio profissional, o painel de atividades foi utilizado por oito crianças nas consultas em que colaborei com visível interesse e empenho, pelo que considero ter atingido o objetivo proposto.

Objetivo Específico 4: ***Promover o conhecimento dos pais/cuidadores sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil***

Como recurso de informoterapia, desenvolvi um folheto informativo intitulado "O uso das tecnologias pela criança e jovem: como gerir a sua utilização em casa" (Apêndice XLIV) através da plataforma *canva* e de acordo com as normas da USF. Durante o estágio profissional, a utilização das tecnologias foi visível em algumas consultas e nas visitas domiciliárias, sendo evidenciado pouco conhecimento dos pais/cuidadores sobre as possíveis consequências da sua utilização excessiva e sem supervisão. Na elaboração do folheto informativo, privilegiei mensagens diretas e simples, de fácil compreensão e com linguagem clara. O folheto demonstrou-se um recurso útil pois, sendo o contacto com os pais/cuidadores limitado à duração da consulta, permite que os pais/cuidadores possam reler os conteúdos posteriormente.

Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de EESIP

O processo evolutivo de aquisição de competências assenta no enquadramento legal desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros quanto às competências comuns de enfermeiro especialista[56], competências especificas do EESIP[12] e competências de mestre em ESIP[57].

A prestação de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários baseou-se numa prática segundo os princípios, valores e normas deontológicas na medida em que contribuí para a tomada de decisão em parceria com a equipa e com as crianças/jovens e

famílias, atingindo assim a competência **A1**. Assumi uma postura que prioriza os direitos humanos, com respeito pela confidencialidade e privacidade **(A2.1., A2.2.)**. O ambiente seguro foi um contínuo na prática clínica, com a dupla verificação da terapêutica no que se refere ao fármaco a administrar, dose, via, modo de preparação, local de administração e nome da pessoa a quem vai ser administrado **(B3.1.)**.

Através do envolvimento dos pais/cuidadores do processo de cuidar e na tomada de decisão sobre a saúde dos seus filhos, contribuí para desenvolvimento do papel parental. No decorrer das consultas, e de acordo com o PNSIJ, consegui compreender as dificuldades sentidas pelos pais/cuidadores e responder a essas necessidades através do ensino e da instrução, como questões relacionadas com a vigilância de saúde e sinais de alarme, introdução alimentar, vacinação, hábitos alimentares e saúde oral. A elaboração do folheto informativo também possibilitou dotar os pais/cuidadores de conhecimentos a fim de impulsionar os hábitos potenciadores de saúde **(E1.1., E1.2., E3.1., E3.2.)**.

A criança/jovem tem um papel central nos cuidados especializados em saúde infantil e pediátrica[1], pelo que, sempre que possível, esta foi incluída no planeamento dos cuidados e foi voz ativa na avaliação global da sua saúde, dando espaço para que comunique as suas conquistas, dificuldades e dúvidas **(E1.1.)**. O estabelecimento de uma comunicação terapêutica culmina numa intervenção ajustada às necessidades da criança/jovem e família[44]. Assim, aprimorei as competências comunicacionais durante as consultas e visitas domiciliárias, com recurso à escuta ativa e estratégias de brincadeira terapêutica como imitação, dramatização e humor **(E3.3.)**. Tive a oportunidade realizar consultas a adolescentes com supervisão permitindo que estes expressassem as suas preocupações, priorizando a confidencialidade e privacidade. Na abordagem ao adolescente, a acessibilidade aos recursos de saúde é facilitada de modo a aproveitar janelas de oportunidade. O enfoque das consultas incidiu em questões relacionadas com sexualidade, ambiente escolar, consumos e estado psicológico **(E1.1., E3.4.)**.

As questões culturais como a língua ou crenças impactam no modo de comunicar[16]. A USF apresenta um elevado número de utentes provenientes de diversos países, o que acarreta uma maior preocupação da equipa profissional com o cuidado cultural. **(B3.1., E1.1.)**

A minha supervisora é o elo de ligação com o NACJR, pelo que pude assistir ao processo de referenciação de alguns casos de negligência parental e maus-tratos. Pude ainda presenciar a reunião realizada mensalmente que se destina à discussão dos casos referenciados de todos os centros de saúde da Unidade Local de Saúde e visa intervir o mais precocemente por via de mobilização e articulação de recursos da comunidade e

comunicação com a CPCJ e Tribunal, quando necessário. Na reunião estão presentes um enfermeiro de cada USF, uma psicóloga e uma assistente social. Reconheci um caso de uma criança que esteve internada no local onde exerço funções por negligência materna, podendo participar na discussão com contributos da minha prática **(E1.2.)**. Foi uma oportunidade enriquecedora no sentido em que pude compreender todo o processo de acompanhamento ao longo do tempo.

Para além disso, atendi uma grávida adolescente com internamento compulsivo prévio por comportamentos agressivos e incumprimento do uso de contracetivos, pelo que foi necessário referenciar no âmbito do planeamento familiar e estabelecer redes de contacto comunitários de modo a garantir a segurança da família **(C1.1, E1.1., E1.2.)**.

No que concerne ao diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem, a sessão de formação em serviço convergiu para a melhoria dos cuidados prestados e para a intervenção precoce nestas crianças **(C1.1., D2.1., E2.5.)**. Para além disso, realizei consultas de vigilância de saúde a duas crianças com atraso no desenvolvimento diagnosticado, uma das quais devido a prematuridade extrema (24 semanas de idade gestacional) com atraso global do desenvolvimento. Foi uma excelente oportunidade de aprendizagem pois consegui identificar os desvios ao desenvolvimento esperado e analisar o seu impacto na vida das crianças e da família e os apoios da comunidade e de saúde abrangidos **(E2.3., E2.5., E3.1.).**

A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil foi transversal a todos os momentos de prestação de cuidados, através da Escala de *Mary Sheridan* Modificada e a elaboração do *kit* com os recursos materiais necessários à sua aplicação contribuiu para facilitar a intervenção do enfermeiro. O painel de atividades estruturado traduziu-se num recurso potenciador do desenvolvimento infantil através do treino de competências motoras finas **(E3.1)**.

A intervenção do enfermeiro especialista em contexto de USF envolve procedimentos geradores de dor, como a vacinação e o Diagnóstico Precoce. As estratégias não farmacológicas de alívio da dor são intervenções autónomas do enfermeiro, que podem ser utilizadas isoladamente ou concomitantemente com medidas farmacológicas. A maioria das estratégias não farmacológicas são cognitivas e comportamentais, alterando a perceção da criança acerca da dor. Estas devem ser adaptadas à faixa etária, ao material disponível e à experiência do profissional. Durante o estágio profissional efetuei uma gestão eficaz da dor com recurso à presença dos pais, à amamentação, à sucção não nutritiva, à sacarose oral e à brincadeira terapêutica[75] **(E2.2., E3.2.)**. Envolvi os pais/cuidadores na aplicação

das estratégias não farmacológicas da dor, promovendo também a vinculação com o recém-nascido **(E3.2)**.

III.4. Neonatologia

O estágio profissional no serviço de neonatologia realizou-se entre 7 e 22 de fevereiro de 2024 (módulo I) e 24 de junho e 23 de julho de 2024 (módulo II) no local onde exerço funções. É um serviço que presta cuidados ao recém-nascido e sua família desde o limite de viabilidade (24 semanas de idade gestacional), sendo por isso de nível III pelo seu elevado grau de diferenciação. Tem capacidade para 14 vagas (seis de nível III e oito de nível II – cuidados intermédios). Dispõe de três salas com central de monitorização (uma de cuidados intensivos, uma de cuidados intermédios e uma sala utilizada esporadicamente para isolamentos com antecâmera) e um quarto com uma vaga e wc que não é utilizada por falta de recursos humanos. Tem presente uma sala destinada aos médicos, o gabinete da enfermeira chefe, gabinetes médicos e de consulta, uma sala para extração de leite materno, uma sala para os pais no exterior da unidade, uma sala de equipamentos, o armazém, uma sala de limpeza de materiais e um espaço de secretariado. Quanto aos recursos humanos, colaboram no serviço uma equipa de neonatologistas, 39 enfermeiras (oito EESIP e uma EER), uma fisioterapeuta, uma terapeuta da fala, um psicólogo, uma assistente social, uma dietista, as auxiliares da copa de leites, de ação médica e de limpeza, e uma secretária clínica. Os pais são considerados acompanhantes, podendo permanecer 24 horas por dia, no entanto as visitas são restritas.

O serviço de neonatologia tem vigente diversos projetos no âmbito dos cuidados promotores do desenvolvimento infantil, uma área bastante abraçada pelos enfermeiros que nele trabalham. Assim, almejando atingir o objetivo específico "satisfazer as necessidades em cuidados de enfermagem com ênfase nos especializados no âmbito do desenvolvimento infantil", passo a destacar os elementos que basearam o meu diagnóstico de situação:

- No serviço são desenvolvidas atividades anualmente através de grupos de trabalho nos diversos temas com dossiers disponíveis no serviço. Dispõe das seguintes normas de orientação clínica: "Desenvolvimento infantil comprometido", "Ensinar, instruir e treinar o método canguru", "Posicionar a criança prematura e/ou gravemente doente", "Dar banho parcial, total enfaixado e total tradicional", Executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor", "Sono comprometido", "Vinculação comprometida",

"Promover o papel parental através do diário do RN", "Proteção e estimulação visual", "Promover o ambiente seguro" e "Alimentação por sonda-dedo". Apresentam folhetos informativos acerca do desenvolvimento infantil dos 0 aos 3 meses, sobre o posicionamento desde as 24 semanas de idade gestacional, sobre a vigilância de saúde do RN Pré-termo após a alta, sobre a promoção do sono na neonatologia e sobre o método canguru, entre outros. Desenvolveram um guia sobre o desenvolvimento infantil desde as 24 semanas de idade gestacional para os pais, e dispõem de um Livro de Alta do RN em suporte digital em português e inglês. São realizados planos de desenvolvimento desde as 34 semanas de idade gestacional e afixados nas incubadoras para que os enfermeiros e os pais/cuidadores os possam aplicar. É realizada uma reunião da parentalidade semanalmente para partilha de experiências dos pais/cuidadores dinamizada por enfermeiros.

- A neonatologia tem disponível caixas de música, mobiles, alguns cartões de contraste preto e branco com visível desgaste, livros infantis, cadeiras para posicionamento, ninhos e rolos, faixas para o método canguru, toalhas para o banho enfaixado e regulador de intensidade da luz nas salas.
- Quanto à prática de cuidados, na maioria das vezes há controlo da luminosidade e do ruído nas salas, são promovidos os estímulos sonoros positivos, é realizado o posicionamento terapêutico com os ninhos e os rolos, é incentivada a manipulação no estado de alerta e o agrupamento dos cuidados, existe a hora da sesta com escurecimento do ambiente, são planeados os cuidados com os pais e é incentivada a amamentação e a realização do método canguru.
- No sistema informático S-Clinico, é aberto o diagnóstico de enfermagem "Desenvolvimento infantil comprometido" quando atingem as 34 semanas de idade gestacional (a todos os RN nascidos antes das 32 semanas de idade gestacional), no RN de termo gravemente doente ou com situações de saúde que condicionam o seu desenvolvimento (asfixias, hemorragias intraventriculares, síndromes malformativos, alterações motoras e músculo-esqueléticas ou com alterações prováveis da acuidade visual ou auditiva), sendo realizado o plano de desenvolvimento individualizado e afixado na incubadora.
- Os pais colaboram bastante na execução dos planos de desenvolvimento, bem como em todas as intervenções neuroprotetoras. Posicionam nos ninhos, controlam a luz

direcionada para os olhos do RN, cantam e colocam músicas suaves, amamentam e oferecem a chupeta, fazem o método canguru e dão colo com frequência.

- Na reunião com a enfermeira chefe, esta concordou com a abordagem dos cuidados neuroprotetores, com ênfase durante a realização de procedimentos, na disponibilização dos cartões de contraste preto e branco uma vez que os existentes já demonstram desgaste e com a sessão de formação para os enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem durante o tratamento com Hipotermia Induzida.
- Os resultados da aplicação dos questionários aos enfermeiros demonstram que todos definem os cuidados neuproprotetores como cuidados que visam a implementação de estratégias que promovam o adequado neurodesenvolvimento. Todos os enfermeiros consideram os cuidados neuroprotetores importantes e cerca de 88% consideram que existe uma filosofia de cuidados neuroprotetores refletida em intervenções no seu contexto profissional. Por outro lado, 82% dos enfermeiros menciona sentir dificuldade na sua implementação sendo os principais motivos dessa dificuldade a desajustada articulação com outros profissionais para a manipulação do RN e o rácio enfermeiro-RN desadequado (Apêndices XLV e XLVI).

Perante o diagnóstico de situação concretizado, identificou-se o objetivo geral: ***Desenvolver competências de EESIP na Neonatologia***, com os seguintes objetivos específicos e atividades:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: ***Prestar cuidados especializados ao recém-nascido de alto risco e sua família***

Neste contexto, cuidei de recém-nascidos (RN) com elevada complexidade e suas famílias, envolvendo RN prematuros desde as 24 semanas de idade gestacional com ventilação mecânica invasiva e não invasiva, fototerapia e com monitorização cardiorrespiratória continua. Pude colaborar na realização de punção lombar, de punção do Reservatório de *Ommaya* em casos de hidrocefalia, na realização de intervenções oftálmicas, entre outras.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: ***Promover a prática de cuidados centrada no desenvolvimento do recém-nascido prematuro***

Dado que exerço funções neste local de estágio profissional, foi-me possível direcionar com maior facilidade as minhas atividades para as necessidades do serviço, pelo que a realização de uma sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia" permitiu otimizar a prestação de cuidados neste contexto. Apesar de já estarem implementados muitos dos cuidados preconizados

pelos cuidados centrados no desenvolvimento, alguns aspetos a melhorar foram identificados. A sessão de formação em serviço baseou-se numa metodologia de pesquisa em bases de dados científicas (Apêndice XLVII), com elaboração da fundamentação teórica (Apêndice XLVIII), apresentação em suporte *PowerPoint* (Apêndice XLIX) e respetivo plano de sessão (Apêndice L). Foi também realizado um vídeo demonstrativo dos cuidados centrados no desenvolvimento durante a realização de procedimentos, nomeadamente mudança de fralda em decúbito lateral, pesagem envolvida, punção lombar, punção venosa e alimentação por biberão. A sessão de formação não foi apresentada por indicação da Enfermeira Chefe devido à interrupção das formações em período de férias de verão, ficando agendada para um momento posterior.

De modo a promover o desenvolvimento infantil, disponibilizei cartões de contraste preto e branco com formas geométricas plastificados para estimulação visual do RN durante o internamento (Apêndice LI). A visão é o último sentido a desenvolver-se, estando o olho incompleto nos nascimentos de termo. Perto da idade de termo, o RN é capaz de fixar momentaneamente um objeto a 20 centímetros na linha média do seu campo visual. O RN tem preferência por padrões contrastantes como o preto e branco com formas geométricas que contribuem para o desenvolvimento visual[20]. Não obstante o serviço já ter disponível o recurso, este já se encontrava com algum desgaste, sendo oportuna a sua disponibilização. Os cartões foram suspensos nos berços nos períodos de estado de vigília do RN, sendo utilizados por dois RN no período de estágio.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: ***Promover a conformidade dos registos clínicos de enfermagem no âmbito do desenvolvimento infantil***

A auditoria clínica é uma estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, pelo controlo do cumprimento de normas e orientações, bem como a divulgação útil e atempada dos resultados acerca da prática clínica (*feedback*). Uma atividade para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados traduz-se num processo de mudança dos sistemas, dos serviços ou dos prestadores de cuidados de saúde, com o objetivo de incrementar a probabilidade de obter resultados na saúde positivos da pessoa[76]. Posto isto, conduzi uma auditoria clínica aos registos informáticos de enfermagem ao foco desenvolvimento infantil, que se realizou através da análise documental e de registos de acordo com o plano de auditoria redigido. Após a colheita e análise dos dados, elaborei um relatório de auditoria em suporte *PowerPoint* (Apêndice LII) para apresentar à equipa, com respetivo plano de sessão (Apêndice LIII), e permitir a reflexão sobre os resultados identificados e adoção de medidas de melhoria, nomeadamente alterações no que concerne

aos registos a fim de facilitar a conformidade dos registos com a prática clínica. Os resultados obtiveram a aprovação da Enfermeira Chefe, no entanto não foram apresentados à equipa devido à interrupção das formações em serviço no período de férias de verão, ficando a apresentação programada para um momento posterior.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: ***Promover o conhecimento dos enfermeiros sobre o tratamento da Encefalopatia Hipóxico-Isquémica através da Hipotermia Induzida***

A encefalopatia hipóxico-isquémica é uma condição que resulta de uma lesão cerebral, manifestada tanto clinicamente quanto em exames laboratoriais, devido a uma queda repentina nos níveis de oxigénio (hipóxia) e no fluxo sanguíneo cerebral (isquemia). A hipotermia induzida, isto é, a redução da temperatura corporal a 33,5ºC, permite reduzir o metabolismo cerebral, o edema cerebral, a pressão intracraniana e prevenir a apoptose[77]. Uma vez que este serviço iria iniciar a prestação de cuidados a RN em hipotermia induzida, identificou-se uma necessidade de formação visto nunca se ter realizado este procedimento na unidade. Assim, concretizei com colaboração com duas mestrandas uma sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida", desenvolvida com uma metodologia de pesquisa em bases de dados científicas (Apêndice LIV), com a apresentação em suporte *PowerPoint* (Apêndice LV) e respetivo plano de sessão (Apêndice LVI). Para facilitar a prestação de cuidados, elaboramos um vídeo demonstrativo da montagem e funcionamento do aparelho de hipotermia induzida. Para a implementação deste procedimento, foi necessário criar uma caixa com o material necessário para o Protocolo de Hipotermia e respetivo inventário (Apêndice LVII). A sessão de formação em serviço realizou-se via *on-line* (plataforma *teams*) e via presencial, uma vez que no final da sessão ocorreu uma simulação prática do manuseamento do aparelho de hipotermia induzida no serviço. Estiveram presentes 26 enfermeiras e duas estudantes de enfermagem, com demonstração de agrado e envolvimento na sessão. No final da sessão foi solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação que obteve dez respostas com uma taxa de resposta de 36% e classificação média final de 4,9 numa escala de 0 a 5 (Apêndice LVIII).

Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de EESIP

A evolução na aquisição de competências baseia-se no quadro legal estabelecido pela OE, que define as competências comuns para enfermeiros especialistas[56], as competências específicas do EESIP[12] e as competências de mestre[57].

A valorização dos direitos humanos, dos princípios, valores e normas deontológicas da profissão e a reflexão sobre questões éticas guiaram o meu percurso **(A1.1., A2.1.)**,

fomentando a segurança nos cuidados, a privacidade e a dignidade do RN e sua família **(A2.2.)**.

A multiculturalidade é evidente neste local de estágio profissional, sendo evidente a procura de melhores cuidados de saúde perinatais em famílias provenientes de países sub-desenvolvidos. Este fator acarreta barreiras na comunicação e requer a adoção de estratégias que visem a compreensão mútua e o estabelecimento de uma relação empática[16], pelo que utilizei tradutores, disponibilizei folhetos informativos/guia da alta do RN em várias línguas e atendi às diferenças culturais a fim de me ajustar às necessidades de cada família **(A2.1., A2.2., B3.1, E1.1, E3.3.)**.

Assegurei um ambiente seguro e terapêutico em todos os momentos de contacto, através da gestão do risco como a dupla verificação da terapêutica, uma medida já adotada neste serviço, a utilização de etiquetas impressas para a terapêutica, a confirmação da validade das terapêuticas, a aplicação da *check-list* de segurança do doente implementada na unidade que inclui a verificação da pulseira do RN, a verificação dos limites dos alarmes de monitorização, da conexão do ambu ao oxigénio, o funcionamento do aspirador de secreções, a verificação das linhas arteriais e venosas bem como a ligação das bombas infusoras à corrente elétrica **(B3.1., B3.2.).** O controlo de infeção também apresenta enorme relevância neste contexto dada a vulnerabilidade acrescida dos RN, pelo que adotei medidas preventivas de controlo de infeção como a correta lavagem e desinfeção das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual adequado, o respeito pelo espaço de cada RN e a desinfeção do material utilizado **(B3.2.)**.

A promoção do desenvolvimento infantil, tratando-se do meu tema do relatório e sendo uma das áreas que mais me suscita interesse, foi a competência mais desenvolvida no sentido em que aperfeiçoei o meu modo de cuidar com base nos cuidados centrados no desenvolvimento e na família. Aliada à realização da pesquisa científica sobre o tema, fui capaz de identificar aspetos da minha prática de cuidados a melhorar **(D1.1, D2.2, D2.3.)**. O trabalho desenvolvido sobre a temática irá contribuir para o cuidar mais humanizado, promotor do crescimento e desenvolvimento infantil e baseado na evidência científica **(D2.1, E3.1.)**.

A filosofia de cuidados centradas no desenvolvimento na neonatologia envolve a implementação de medidas neuroprotetoras e neuropromotoras, práticas destinadas a proteger e promover o desenvolvimento saudável do sistema nervoso central em recém-nascidos. Estas medidas são fundamentais dados que o cérebro do recém-nascido, particularmente o prematuro, é extremamente vulnerável a lesões durante o período neonatal[78].

Incluem-se os cuidados centrados na família, o ambiente sensorial favorável, a promoção do sono, a otimização da nutrição, o método canguru, a redução da dor e stress e o posicionamento/manipulação[79–82]. A abordagem dos cuidados neuroprotetores permitiu aprofundar conhecimentos e competências comunicacionais com o RN, uma vez que estes requerem a reflexão sobre os sinais de estabilidade e de stress do RN e adaptar os cuidados ao seu comportamento **(E3.3.)**. O envolvimento dos pais neste processo permitiu desenvolver o processo de vinculação da díade **(E3.2.)**, como preconizado nos cuidados centrados na família. A gestão dos cuidados foi negociada, sempre que possível, com os pais e com as necessidades do RN, sendo todos os elementos colaborantes para o plano de saúde. A minha prática priorizou a participação dos pais/cuidadores nos cuidados, incentivando a sua presença diária e a assunção do seu papel através da contenção e toque terapêutico, da mudança da fralda, do método canguru, da realização dos cuidados de higiene e do envolvimento na estimulação do desenvolvimento infantil **(E3.1, E3.2.)**.

A disponibilização de cartões de contrastes preto e branco contribui também para o desenvolvimento infantil, uma vez que estimula diretamente o desenvolvimento visual dos recém-nascidos prematuros e de termo **(E3.1.)**.

O controlo da dor e do *stress* é inerente aos cuidados neuroprotetores, que foi realizada por meio do controlo ambiental como o ruido e a luminosidade, o protocolo de manipulação mínima quando aplicável, a manipulação contida e humanizada, o agrupamento dos cuidados, o respeito pelo sono do RN, a promoção do método canguru e da amamentação, e a utilização de outras medidas não farmacológicas para alívio da dor como a sucção não nutritiva, o leite materno e a sacarose oral. Quando necessário, utilizou-se terapêuticas farmacológicas como o EMLA como anestesia tópica cutânea para realização de punção lombar e morfina endovenosa em cuidados paliativos **(E2.2)**.

Tratando-se de um contexto de cuidadas intensivos neonatais, aperfeiçoei competências de suporte avançado de vida neonatal e reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais, competências já desenvolvidas ao longo dos cinco anos de experiência profissional neste contexto e com contribuições de formação pós-graduada que detenho nesta área **(D1.2, E2.1.)**. Colaborei na realização de cirurgia oftalmológica para tratamento de retinopatia da prematuridade, respondendo adequadamente perante doenças raras e adequando os cuidados de enfermagem, com aplicação da *check-list* cirúrgica e promoção da assepsia **(B3.1., B3.2., E2.3.)**.

A formação em serviço sobre os "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida" contribuiu para a implementação de um novo tratamento

no serviço e garantir uma resposta apropriada perante doenças raras com a encefalopatia hipóxico-isquémica, suportada pela evidência científica mais recente **(B1.1., C1.1, D2.1, D2.2)**.

A auditoria clínica é uma estratégia que visa melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, através do controlo do cumprimento de normas e orientações, bem como da partilha útil e atempada dos resultados sobre a prática clínica (*feedback*)[76]. A realização de uma auditoria clínica neste contexto clínico permitiu contribuir para as práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua no âmbito do desenvolvimento infantil. Realizei a avaliação das práticas no que concerne aos registos informáticos com análise dos resultados obtidos e propostas de melhoria **(B2.1, B2.2.)**.

Para que se alcancem melhorias na saúde, é fundamental que a atuação dos enfermeiros em funções de gestão seja reconhecida, validada e certificada. Estas competências, inseridas de forma integrada no processo de desenvolvimento e valorização profissional, são essenciais para garantir a qualidade e a segurança do exercício profissional. As competências no domínio da gestão de unidades de saúde são a prática profissional ética e legal; a gestão pela qualidade e segurança; a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; o planeamento, organização, direção e controlo; e a prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde[83]. No decurso do estágio profissional, acompanhei a Enfermeira Chefe durante um turno e pude compreender as suas áreas de intervenção e colaborar. No âmbito da gestão de recursos humanos, tem como função contribuir no processo de recrutamento de enfermeiros e realiza a avaliação de desempenho da equipa de enfermagem de acordo com as regras do SIADAP. Reúne trimestralmente com as chefes de equipa e semestralmente para identificação de necessidades da equipa e do serviço. É responsável pela elaboração dos horários e validação de pedidos de trocas, tendo que atender a necessidades específicas como estar escalados cinco enfermeiros por turno, a adequação do nível de experiência dos elementos em cada turno, gerir a escala de férias, as licenças, pedidos de redução do horário de trabalho, atestados médicos, dispensas para amamentação e estatutos trabalhador-estudante. Quanto aos assistentes operacionais, dá feedback sobre o seu desempenho à coordenadora bem como das funcionárias de limpeza. No que diz respeito à gestão de recursos materiais, é responsável por efetuar pedidos de compra e contactar com os responsáveis de manutenção de equipamentos quando necessário, pela gestão de *stock* de consumíveis e da farmácia. Para além disso, no âmbito da gestão do risco efetua auditorias clínicas, realiza a *check-list* do carro de emergência diariamente, a verificação do frigorifico, da

incubadora de transporte mensalmente e do saco de transporte (este último em processo de implementação no serviço) e faz a gestão da notificação de eventos adversos. Relativamente à formação, tem como competência validar todas as normas e procedimentos a aplicar no serviço, bem como contribui para o plano de formação. Adicionalmente, efetua a gestão do email institucional **(B3.2., C2.1., C2.2.)**.

III.5. Aquisição de competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

As competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica envolvem o desenvolvimento do conhecimento, muitas vezes em contexto de investigação; a aplicação dos conhecimentos e a capacidade de resolução de conhecimentos em novos contextos da sua área de estudo, alargados e multidisciplinares; a capacidade para responder perante questões complexas; a capacidade de comunicar conclusões obtidas, bem como os conhecimentos e processo de pensamento em que se baseiam; e a competência evoluir no seu processo de aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma[84].

Pelo percurso que tracei, considero ter mobilizado os conhecimentos adquiridos baseados ciência e utilizá-los adequadamente na resolução de problemas nos diversos contextos de estágio profissional, algumas delas de elevada complexidade. Foram identificadas algumas áreas problemáticas que suscitaram o interesse de pesquisa e em contribuir para a evolução da disciplina de enfermagem, tais como a utilização da massagem infantil, o uso das tecnologias pelas crianças e jovens e o seu impacto no desenvolvimento infantil e o papel do brinquedo terapêutico na hospitalização da criança em idade pré-escolar.

Nesse sentido, e de acordo com o meu interesse pela área de investigação, desenvolvi em colaboração três manuscritos para submissão em periódico, nomeadamente:

- Artigo de revisão "A Massagem Infantil como Método Terapêutico no Desenvolvimento Infantil: *Scoping Review*" em processo de tradução para submissão na Journal of Pediatric Nursing (Apêndice LIX);
- Estudo primário intitulado "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais" (Apêndice LX) a aguardar após processo de submissão na Revista Referência (Apêndice LXI);
- Artigo de revisão "O brinquedo terapêutico na hospitalização da criança em idade pré-escolar" (Apêndice LXII) a aguardar após processo de submissão na Revista Recien (Apêndice LXIII).

A colaboração em processos de investigação permitiu aprofundar conhecimentos de pesquisa em bases de dados científicas, de análise critica de artigos científicos, de escrita para publicações e desenvolvi o meu autoconhecimento. Os resultados permitirão disseminar o conhecimento para quem nele tenha interesse e impulsionar as práticas de cuidados mais atuais e potenciadores de saúde, culminando numa maior visibilidade da profissão.

Participei em diversos eventos científicos com vista à aquisição de novos conhecimentos que possibilitou analisar a qualidade dos trabalhos apresentados e refletir sobre os projetos de investigação desenvolvidos nas diversas áreas da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Pude conhecer novos métodos terapêuticos como a sedação com protóxido de azoto para controlo da dor, bem como novos projetos relacionados com a parentalidade positiva, a massagem infantil e o método de atualização do conhecimento através *Journal Club*, entre muitos outros. Estas aprendizagens fomentaram o desejo de novos projetos futuros e com contributos para o meu percurso enquanto mestranda.

Em simultâneo, realizei em colaboração pósteres científicos e comunicações livres apresentadas em eventos científicos, resultantes de trabalhos desenvolvidos ao longo do MESIP:

- Coautora de Póster Científico intitulado "A Massagem Infantil como Método Terapêutico no Desenvolvimento Infantil: protocolo de *Scoping Review*". apresentado no X Encontro de Benchmarking da MCEESIP da Ordem dos Enfermeiros realizado nos dias 29 e 30 de setembro de 2023 em Aveiro (Anexo I).
- Preletora sobre o tema "Estratégias promotoras do sono do RN prematuro na UCIN" no *webinar* "Sono na criança/jovem! Vamos continuar a dormir sobre o assunto?" realizado no dia 19 de março de 2024 pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo II).
- Coautora de Póster Científico intitulado "Estratégias promotoras do sono do recém-nascido prematuro na neonatologia" apresentado no VIII Encontro Nacional da APEPEN realizado no dia 12 de abril de 2024 pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo III).
- Apresentação de Póster Científico intitulado "O Brinquedo Terapêutico na Hospitalização da Criança em Idade Pré-escolar" no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (Anexo IV).
- Coautora de Comunicação Livre intitulada "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais" apresentada no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem,

realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (Anexo V).

- Participação no XI Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros realizado no dia 28 e 29 de junho de 2024 (Anexo VI).

Adicionalmente, fui membro integrante da comissão organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado *online* nos dias 3, 4 e 5 de junho pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (Anexo VII). Esta função permitiu-me compreender o modo de organização geral de um evento científico, a aquisição de patrocínios, como é realizada a articulação com preletores, a realização de regulamentos de submissão de trabalhos, a análise de trabalhos pela organização científica, a gestão dos pósteres aceites, a emissão de certificados de participação e questões relacionadas com o suporte informático.

III. Considerações Finais

A elaboração do presente relatório permitiu compreender a importância da aprendizagem precoce para o desenvolvimento infantil a curto e longo prazo, bem como as contribuições dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, constituindo-se a dinâmica familiar e as oportunidades de aprendizagem primordiais para o bem-estar da criança/jovem. O percurso até aqui concluído permitiu tomar consciência da importância da avaliação sistemática do desenvolvimento infantil a cada contacto com a criança/jovem e a sua família, visando uma intervenção antecipatória aos marcos de desenvolvimento e à deteção precoce de alterações desenvolvimentais. Tratando-se de uma competência do EESIP, cabe-lhe a criação de atividades focadas na aquisição de competências cognitivas, sociais e motoras no decorrer da sua atividade profissional.

Neste estágio profissional, desenvolvi inúmeras atividades inovadoras, diversificadas e que envolveram a criança/jovem, os pais/cuidadores e os enfermeiros, demonstrando a vasta área de atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. Fui capaz de atingir competências comuns do enfermeiro especialista, através do desenvolvimento de uma prática profissional concordante com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional com respeito pelos direitos humanos, mantive um papel dinamizador através das minhas propostas de atividades para a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, geri os cuidados de enfermagem com otimização das intervenções da equipa e articulação com restantes elementos multiprofissionais, bem como desenvolvi o meu autoconhecimento e a assertividade regendo a minha prestação de cuidados na evidência científica mais atual e fidedigna. Em relação às competências específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica, implementei e geri os cuidados em parceria com os pais tendo como foco a promoção da parentalidade e da vinculação e com o envolvimento da criança/jovem na gestão dos cuidados, desenvolvi as minhas competências comunicacionais para ir ao encontro da sua fase de desenvolvimento infantil utilizando estratégias motivadoras e dinâmicas, bem como aprofundei conhecimento em saúde infantil de modo a responder adequadamente aos processos de doença. Uma vez que a temática em estudo se trata do desenvolvimento infantil, foi-me permitido criar diversos recursos que culminam na sua promoção em parceria com os pais. No que concerne às competências de mestre, fui capaz de refletir sobre situações complexas, procurando em

parceria resolver problemas em contextos alargados e multidisciplinares e demonstrei proatividade em termos de investigação e inovação de forma autónoma.

Considero ter atingido os objetivos a que me propus, uma vez que implementei o previamente definido no meu Plano de Projeto, constatando que a sua implementação dependeu dos recursos materiais disponíveis nos diferentes contextos, das atividades já em desenvolvimento e da cultura organizacional dos contextos. As limitações encontradas foram a dificuldade em obter parcerias externas na dinamização de atividades planeadas, a falta de espaço físico para a sua implementação e de recursos materiais e o tempo disponível. Também a gestão entre os compromissos profissionais, académicos e pessoais foi um enorme desafio, desenvolvendo um enorme sentimento de superação.

No que concerne aos ganhos em saúde das atividades desenvolvidas nos vários contextos, destacam-se os projetos e recursos materiais elaborados que permitirão estimular diretamente as crianças/jovens e promover o seu desenvolvimento global; os materiais destinados aos pais irão promover o seu conhecimento e, desse modo, impulsionar os cuidados para o desenvolvimento no internamento e no domicilio; e as atividades para os enfermeiros dos contextos irão possibilitar a reflexão dos mesmos sobre a sua prática profissional e promover a excelência dos cuidados em saúde infantil. A implementação do Plano de Projeto deu visibilidade à intervenção do EESIP no âmbito do desenvolvimento infantil junto das crianças/jovens, da sua família e dos restantes enfermeiros, contribuindo para a consciencialização da sua importância.

O percurso traçado culminou no meu desenvolvimento profissional através da mudança na visão sobre a prática de enfermagem, alargando os meus conhecimentos e potenciando o sentido de inovação e procura incessante de melhoria na qualidade dos cuidados.

Como perspetivas futuras, pretendo evoluir continuamente através da integração em projetos de investigação, bem como ingressar num futuro próximo nos ciclos de estudos conducentes ao grau de Doutor. Para além disso, tenciono manter o meu papel ativo no local onde exerço funções, dando continuidade às atividades nos grupos de trabalho onde estou inserida e tornando-me membro de referência no âmbito do desenvolvimento infantil.

IV. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Entrevista ao adolescente. Promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. Volume I. [internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf

2. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos [Internet]. Lisboa: Comité Português para a UNICEF; 2019 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

3. Black MM, Walker SP, Fernald LC, et al. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet [internet]. 2017 [cited 2024 Set 10]; 389: 77–90. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884058/pdf/nihms952170.pdf doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7

4. International Council of Nurses. ICNP Browser [internet]. Suíça: International Council of Nurses; 2019 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://www.icn.ch/icnp-browser

5. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/child/early-child-development/improving-early-childhood-development-who-guideline-summary.pdf?sfvrsn=a6af5c84_1&download=true

6. Santos GS, Pieszak GM, Gomes GC, et al. Contributions of Better Childhood for growth and child development in family perception. Rev Fun Care [internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 11(1): 67-73. Available from: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6465 doi: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.67-73

7. Gondim EC, Hilário JS, Pancieri IL, de Mello DF. Influências do uso de telas digitais no desenvolvimento social na primeira infância: estudo de revisão. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2022 [cited 2024 Set 10]; 30: 1–9. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=163367149&lang=pt-pt&site=ehost-live

8. Huang K-Y, Bornheimer LA, Dankyi E, Aikins AG. Parental Wellbeing, Parenting and Child Development in Ghanaian Families with Young Children. Child Psychiatry Hum Dev [Internet]. 2018 [cited 2024 Set 10]; 49(5): 833–41. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29589228/ doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10578-018-0799-3

9. Milbrath, G., Constance, C., Ogendi, A, et al. Comparing Two Early Child Development Assessment Tools in Rural Limpopo, South Africa. BMC Pediatr [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 20(197). Available from: https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-020-02101-0#citeas doi: https://doi.org/10.1186/s12887-020-02101-0

10. Brazelton T. The Touchpoints Model of Development [internet]. Boston: Brazelton Touchpoints Center; 2003 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf

11. Yousafzai AK, Rasheed MA, Rizvi A, et al. Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster-randomised factorial effectiveness trial. Lancet [internet]. 2014 [cited 2024 Set 10]; 384(9950): 1282-1293. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947106/ doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60455-4

12. Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: I Série, nº 133. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf.

13. Ordem dos Enfermeiros. Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [Internet]. Lisboa. Divulgar; 2002 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

14. Norma nº 010/2013 da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [internet]. 2013 [cited 2024 Set 10]. Available from:: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx

15. Farrell M. Paternship in care: paediatric nursing model. British Journal of Nursing. 1992, 1(4): 175-176.

16. Oliveira EAR, da Rocha SS. The Parents' Cultural Care Towards Promoting Child Development. J Res Fund Care [Internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 11(2): 397–403. Available from: https://www.proquest.com/openview/6e9e711167ff0a77cd6d3dc537e09915/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030183 doi: http://dx.doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.397-403

17. Valla L, Slinning K, Kalleson R, Wentzel-Larsen T, Riiser K. Motor skills and later communication development in early childhood: Results from a population-based study. Child Care Health Dev [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 46(4): 407-413. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cch.12765 doi: https://doi.org/10.1111/cch.12765

18. Harris RA, Santos, HP. Maternal depression in Latinas and child socioemotional development: A systematic review. PLoS ONE [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 15(3). Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230256 doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230256

19. Sajedi F, Ahmadi Doulabi M, Vameghi R, et al. Social Determinants of Health, Maternal Involvement, and Child Development: Direct and Mediated Pathways. Iran J Child Neurol [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 14(4): 63-76. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7660026/pdf/ijcn-14-063.pdf

20. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. O mundo da criança. Lisboa: Editora McGraw-Hill; 2001. 707 p.

21. Arabiat D, Jabery M, Kemp V, et al. Motor Developmental Outcomes in Children Exposed to Maternal Diabetes during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 18(4): 1699. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/1699 doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18041699

22. Pinero-Pinto E, Pérez-Cabezas V, De-Hita-Cantalejo C, et al. Vision Development Differences between Slow and Fast Motor Development in Typical Developing Toddlers: A Cross-Sectional Study. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 17(10): 1-14. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3597 doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17103597

23. Sánchez-González MC, Palomo-Carrión R, De-Hita-Cantalejo C, Romero-Galisteo RP, Gutiérrez-Sánchez E, Pinero-Pinto E. Visual system and motor development in children: a systematic review. Acta Ophthalmol [Internet]. 2022 [cited 2024 Set 10]; 100(7). Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aos.15111 doi: https://doi.org/10.1111/aos.15111

24. Blom, L., Edenius, A., Enebrink, P. et al. Little All Children in Focus (Little ACF), evaluation of a parental support program for parents of children aged 1–2 years: study protocol for a randomized controlled trial. Trials [Internet]. 2023 [cited 2024 Set 10]; 24. Available from: https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-023-07212-4 doi: https://doi.org/10.1186/s13063-023-07212-4

25. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2024 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/

26. Neto GG, Nunes WB, Andrade LD, et al. Child Developmental Monitoring: Implementation through the Family Health Strategy Nurse. J Res Fund Care [Internet]. 2020

[cited 2024 Set 10]; 12(1): 1309–15. Available from: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9885/pdf_1 doi: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9885

27. Payne-Sturges DC, Marty MA, Perera F, et al. Healthy Air, Healthy Brains: Advancing Air Pollution Policy to Protect Children's Health. American Journal of Public Health [Internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 109(4): 550-554. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6417586/
doi: https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304902

28. Letourneau N, Anis L, Novick J, et al. Impacts of the Attachment and Child Health (ATTACH™) Parenting Program on Mothers and Their Children at Risk of Maltreatment: Phase 2 Results. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2023 [cited 2024 Set 10]; 20(4). Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/3078 doi: https://doi.org/10.3390/ijerph20043078

29. Skouteris H, Green R, Chung A, et al. Nurturing children's development through healthy eating and active living: Time for policies to support effective interventions in the context of responsive emotional support and early learning. Health Soc Care Community [Internet]. 2022 [cited 2024 Set 10]; 30(6). Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.14106 doi: https://doi.org/10.1111/hsc.14106

30. Sundaur AH, Rustina Y. 'The Correlation between Caregivers' Characteristics and Emotional Development of Pre-School Children in Depok, Indonesia', Comprehensive Child and Adolescent Nursing, [Internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 42: 245–251. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24694193.2019.1594456 doi: https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1594456

31. Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030 [Internet]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2022 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf

32. Song I-H, Kang K-A. Research trends over 10 years (2010-2021) in infant and toddler rearing behavior by family caregivers in South Korea: text network and topic modeling. Child Health Nurs Res [Internet]. 2023 [cited 2024 Set 10]; 29(3): 182–94. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10415838/pdf/chnr-29-3-182.pdf doi: https://doi.org/10.4094/chnr.2023.29.3.182

33. Henry JB, Julion WA, Bounds DT, Sumo J. Fatherhood Matters: An Integrative Review of Fatherhood Intervention Research. The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 36(1), 19–32. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1059840519873380?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed https://doi.org/10.1177/1059840519873380

34. Hosokawa R, Katsura T. Exposure to marital conflict: Gender differences in internalizing and externalizing problems among children. PLoS ONE [Internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 14(9). Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0222021 doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222021

35. Laurenzi CA, Skeen S, Sundin P, et al. Associations between young children's exposure to household violence and behavioural problems: Evidence from a rural Kenyan sample. Glob Public Health [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 15(2): 173-184. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8278625/pdf/nihms-1722168.pdf doi: https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1656274

36. Costa P, Cruz AC, Alves A, Rodrigues MC, Ferguson R. The impact of the COVID-19 pandemic on young children and their caregivers. Child Care Health Dev [Internet]. 2022 [cited 2024 Set 10]; 48(6): 1001-1007. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cch.12980 doi: https://doi.org/10.1111/cch.12980

37. Ruiz-Zaldibar C, Serrano-Monzó I, Lopez-Dicastillo O, et al. Parental Self-Efficacy to Promote Children’s Healthy Lifestyles: A Pilot and Feasibility Study. Int. J. Environ.

Res. Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 18(9). Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4794 doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18094794

38. Pang WW, Tan PT, Cai S, et al. Nutrients or nursing? Understanding how breast milk feeding affects child cognition. Eur J Nutr [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 59(2): 609-619. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00394-019-01929-2 doi: https://doi.org/10.1007/s00394-019-01929-2

39. Organização Mundial de Saúde. Health Behaviour in School-aged Children em Portugal HBSC/PT - 2018 - Ideias a reter. Available from: https://isamb.medicina.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2019/01/Ideias-a-reter-HBSC-2018_Final.pdf.

40. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Estarão as nossas crianças demasiado tempo ao ecrã? [internet] Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2019 [cited 2024 Set 10]. Available from: http://criancaefamilia.spp.pt/comportamentos-e-parentalidade/estar%C3%A3o-as-nossas-crian%C3%A7as-demasiado-tempo-ao-ecr%C3%A3.aspx

41. Organização das Nações Unidas. Department of Economic and Social AffairsSustainable Development [intenet]. 2015 [cited 2024 Set 10] Nova Iorque: Organização das Nações Unidas. Available from: https://sdgs.un.org/2030agenda.

42. Ramos A, Barbieir-Figueiredo M. Enfermagem em saúde da criança e do jovem. Lisboa: Lidel. 2020.

43. Brazelton T. The Touchpoints Model of Development [internet]. Boston: Brazelton Touchpoints Center; 2003 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf

44. Dryden P, Greenshields S. Communicating with children and young people. British journal of nursing [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 29(20), 1164–1166. Available from: https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=c78b4d37-

f0ff-4236-b12b-61bc5d01a5b2%40redis doi: https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.20.1164

45. Done RD, Oh J, Im M, Park J. Pediatric Nurses' Perspectives on Family-Centered Care in Sri Lanka: A Mixed-Methods Study. Child Health Nursing Research [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 26(1):72–81. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=141657574&lang=pt-pt&site=ehost-live doi: https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.72

46. Mettler M, Kemper DW. Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. Stud Health Technol Inform [Internet]. 2006 [cited 2024 Set 10]; 121:373-383. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095835/

47. Leite E, Malpique M, Santo MR. Trabalho de projeto 1. Aprender por projetos centrados em problemas. 2001. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

48. Ventura-Silva et al, Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. Journal Health NPEPS [internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 6(2): 278-295. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf

49. Ribeiro AM, Ribeiro EK, Baldoino LS, Santos AG. The nurse's perception of playing and the impact of these practices in pediatric assistance. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 1017-1021. Available from: https://www.proquest.com/openview/85b12e7c95c0b45e7f22113382eda321/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030183 doi: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7415

50. Silva SV, Silva AC, Parente AT, et al. A percepção sobre o brinquedo terapêutico na ótica docente. Enfermagem em Foco [internet]. 2022 [cited 2024 Set 10]; 12(6). Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1369270 doi: https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n6.4869

51. Claus MI, Maia EB, Oliveira AI, et al. A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. Escola Anna Nery

[internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 25(3). Available from: https://www.scielo.br/j/ean/a/xTdDPyTQmjMf5HBpQC79TTM/?lang=pt doi: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0383

52. Maia EB, Banca RO, Rodrigues S, et al. The power of play in pediatric nursing: the perspectives of nurses participating in focal groups. Texto e Contexto Enfermagem [internet]. 2022 [cited 2024 Set 10]; 31. Available from: https://www.scielo.br/j/tce/a/wm7XVYQSWJHJZRvFs4r5WYJ/ doi: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0170

53. Silva JD, Azevedo EB, Barbosa JC, et al. O lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. Enfermagem em Foco [internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 12(2). Available from: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4358 doi: https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n2.4358

54. Paula GK, Góes FG, Silva DC, et al. Play strategies in nursing care for the hospitalizes child. J Nurs UFPE [internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 13. Available from: https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a5765d1e-bcfb-469e-996f-49d53bd80d59%40redis doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238979

55. Direção Geral da Saúde. Manual de boas práticas literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2019. Available from: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF

56. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº 26. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

57. Regulamento nº705/2021 da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa. (2021). Diário da República: II Série, nº 144. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248

58. Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. A epilepsia. Porto: Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, 2022. Available from: https://neuropediatria.pt/conteudos/o-que-e-a-epilepsia/.

59. Macedo M, Santos VE, Melo JC. Barreiras e facilitadores para comunicação efetiva entre profissionais de enfermagem e pacientes: scoping review: Barreiras e facilitadores para comunicação efetiva entre profissionais de enfermagem e pacientes. Advances in Nursing and Health [internet]. 2024 [cited 2024 Set 10]; 6(1), 1–14. Available from: https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/anh/article/view/47858?articlesBySimilarityPage=3 doi: https://doi.org/10.5433/anh.2024v6.id47858

60. Vilelas J, Diogo P. O trabalho emocional na práxis de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm [internet]. 2014 [cited 2024 Set 10]; 35 (3) 2014. Available from: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TcSv4hCSdcHW3kHv6zMBHyj/?lang=pt# doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45784

61. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. Association Between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test. JAMA Pediatr [Internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 173(3): 244-250. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30688984/. doi: https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5056

62. Silva C, Schmidt FM, Grigol AM, Schultz LF. O enfermeiro e a criança: a prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde [Internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 41(1): 95-106. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224593 doi: https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p95

63. Decreto-lei nº 437/91 do Ministério da Saúde (1991). Diário da República: I série, n.º 257. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852

64. Santos EM, Rosário JM. A importância da educação em serviço para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Journal of nursing UFPE [internet]. 2012 [cited

2024 Set 10]; 6(4): 563-570. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011509599&lang=pt-br&site=ehost-live

65. Pedrinho LR, Shibukawa BM, Rissi GP, et al. Brinquedo terapêutico para crianças com Diabetes Mellitus tipo I: intervenções no domicílio. Esc. Anna Nery [internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 25(3), 1-9. Available from: https://www.scielo.br/j/ean/a/xNjyxyb5kGQrMzhG6RvH4nm/ doi: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0278

66. La Banca RO, Ribeiro CA, Freitas MS, et al. Brinquedo Terapêutico no ensino da insulinoterapia a crianças com diabetes: estudo de caso qualitativo. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 21. Available from: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/52591/33731 doi: https://doi.org/10.5216/ree.v21.52591

67. Lei nº 95/2019 de 4 de setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I Série, n.º 169. Available from: https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf

68. Sistema Nacional de Saúde. Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde, 2024. Available from: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf

69. LoBraico EJ, Brinberg M, Ram N, Fosco GM. Exploring Processes in Day-to-Day Parent-Adolescent Conflict and Angry Mood: Evidence for Circular Causality. Fam Process [internet]. 2020 [cited 2024 Set 10]; 59(4): 1706-1721. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/famp.12506 doi: https://doi.org/10.1111/famp.12506

70. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Orientações para comunicar más notícias. Lisboa: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Available from: https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Comunicar-M%C3%A1s-Not%C3%ADcias.pdf

71. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Available from: https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/

72. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva – Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar. Lisboa: DGS, 2008. Available from: https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf?__im-LpfVcGtz=9795786387291944414

73. Sistema de Intervenção Precoce na Infância. O que é o Sistema de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). [internet] Lisboa: Direção-Geral da Educação, 2024 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back

74. Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Glob Health [internet]. 2018 [cited 2024 Set 10]; 6(10). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30172774/ doi: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7

75. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. [internet]. 2013 [cited 2024 Set 10]; Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

76. Organização Mundial de Saúde. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. [internet] 2020 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf

77. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipoxico-isquémica neonatal – consenso nacional. [internet] 2012 [cited 2024 Set 10]. Available from: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Hipotermia.pdf

78. Martins KP, Freire MH, Pechepiura EP, Lage SM, Saganski GF. Cuidado e desenvolvimento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão de escopo. Reme: Rev. Min. Enferm. [internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 25. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100411&lng=pt doi: http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210062

79. Park J, Kim J-S. Factors Influencing Developmental Care Practice Among Neonatal Intensive Care Unit Nurses. Journal of Pediatric Nursing [internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 47. Available from: https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(18)30538-4/abstract doi: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.014

80. Medeiros NA, Teixeira CL, Silva MP, et al. Cuidado desenvolvimental para recém-nascidos pré-termos: revisão de escopo. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet] 2023 [cited 2024 Set 10]; 13. Available from: http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4763 doi: https://doi.org/10.19175/recom.v13i1.4763

82. Griffiths N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. Early Human Development [internet]. 2019 [cited 2024 Set 10]; 139. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378378219304785?via%3Dihub doi: https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840

83. Knudsen K, McGill G, Waitzman K, et al. Collaboration to Improve Neuroprotection and Neuropromotion in the NICU: Team Education and Family Engagement. Neonatal Network [internet]. 2021 [cited 2024 Set 10]; 40(4). Available from: https://connect.springerpub.com/content/sgrnn/40/4/212 doi: https://doi.org/10.1891/11-T-680

84. Regulamento nº 76/2018 do Ministério da Saúde. Diário da República, II Série, n.º 21. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547

85. Decreto-lei 65/2018 do Ministério da Saúde. Diário da República: I Série, n.º 157. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879

Apêndices

Apêndice I – Metodologia de pesquisa da contextualização teórica do relatório

Apêndice II – Plano de Projeto para o Módulo I

Apêndice III – Guião de entrevista para levantamento de necessidades de cuidados especializados no âmbito do desenvolvimento infantil

Apêndice IV – Plano de Projeto para o Módulo II

Apêndice V – Cronograma de atividades

Apêndice VI – Questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria

Apêndice VII – Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria

Apêndice VIII – Pedido de autorização ao Conselho de Administração para Dinamização do Dia Mundial do Teatro no Serviço de Internamento de Pediatria

Apêndice IX – Autorização do Conselho de Administração para Dinamização do Dia Mundial do Teatro no Serviço de Internamento de Pediatria

Apêndice X – Pedido de colaboração para dinamização do Dia Mundial do Teatro

Apêndice XI – Aceitação do pedido de colaboração para o Dia Mundial do Teatro

Apêndice XII – *Flyer* da dinamização do Dia Mundial do Teatro

Apêndice XIII – Dinamização do Dia Mundial do Teatro

Apêndice XIV – Metodologia de pesquisa para Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XV – Diapositivos utilizados na Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XVI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XVII – *Flyer* da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XVIII – Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XIX – Resultados do questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XX – Avaliação do conhecimento adquirido após a Sessão de Educação para a Saúde sobre "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XXI - Cartaz informativo intitulado "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XXII – Avaliação do conhecimento adquirido após a leitura do cartaz informativo intitulado "A utilização das tecnologias na infância: o seu impacto no desenvolvimento infantil"

Apêndice XXIII - Questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice XXIV - Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice XXV – Metodologia de pesquisa para o Projeto da Brincadeira Terapêutica

Apêndice XXVI – Procedimento Setorial intitulado "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica"

Apêndice XXVII – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica"

Apêndice XXVIII – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica"

Apêndice XXIX – Cartaz de divulgação da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica"

Apêndice XXX – Questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica"

Apêndice XXXI – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "A utilização da Brincadeira Terapêutica nas crianças/jovens em contexto de Urgência Pediátrica"

Apêndice XXXII – Brinquedo Terapêutico Instrucional para a criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I

Apêndice XXXIII – Molduras do Dia Internacional da Família

Apêndice XXXIV – Cartaz de divulgação do Dia Internacional da Família

Apêndice XXXV – Questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar

Apêndice XXXVI – Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar

Apêndice XXXVII – *Kit* com os recursos materiais necessários à aplicação da Escala Modificada de *Mary Sheridan*

Apêndice XXXVIII – Inventário do k*it* com os recursos materiais necessários à aplicação da Escala Modificada de *Mary Sheridan*

Apêndice XXXIX – Fundamentação teórica para a sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil"

Apêndice XL – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil"

Apêndice XLI – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil"

Apêndice XLII– Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "As perturbações do neurodesenvolvimento infantil: deteção e encaminhamento na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil"

Apêndice XLIII – Painel de atividades

Apêndice XLIV – Folheto informativo intitulado "O uso das tecnologias pela criança e jovem: como gerir a sua utilização em casa"

Apêndice XLV – Questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Neonatologia

Apêndice XLVI – Resultados do questionário direcionado aos enfermeiros da Unidade de Neonatologia

Apêndice XLVII - Metodologia de pesquisa para a sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia"

Apêndice XLVIII – Fundamentação teórica para a sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia"

Apêndice XLIX – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia"

Apêndice L – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família na Neonatologia"

Apêndice LI – Cartões de contraste preto e branco para estimulação visual do recém-nascido

Apêndice LII – Auditoria clínica aos registos informáticos de enfermagem ao foco desenvolvimento infantil

Apêndice LIII – Plano da sessão da apresentação aos enfermeiros da auditoria clínica aos registos informáticos de enfermagem ao foco desenvolvimento infantil

Apêndice LIV – Metodologia de pesquisa para a sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida"

Apêndice LV – Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida"

Apêndice LVI – Plano da sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida"

Apêndice LVII – Inventário do material para o Protocolo de Hipotermia Induzida

Apêndice LVIII – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço intitulada "Cuidados de enfermagem ao recém-nascido em protocolo de hipotermia induzida"

Apêndice LIX – Resumo do artigo de revisão "A Massagem Infantil como Método Terapêutico no Desenvolvimento Infantil: *Scoping Review*"

Apêndice LX – Resumo do estudo primário intitulado "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais"

Apêndice LXI - Email de submissão do estudo primário intitulado "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais"

Apêndice LXII – Resumo do artigo de revisão "O brinquedo terapêutico na hospitalização da criança em idade pré-escolar"

Apêndice LXIII – Email de submissão do artigo de revisão "O brinquedo tera-pêutico na hospitalização da criança em idade pré-escolar"

Anexos

Anexo I – Certificado de coautoria de Póster Científico intitulado "A Massagem Infantil como Método Terapêutico no Desenvolvimento Infantil: protocolo de *Scoping Review*"

Anexo II – Certificado de preleção no *Webinar* "Sono na criança/jovem! Vamos continuar a dormir sobre o assunto?"

Anexo III – Certificado de coautoria de Póster Científico intitulado "Estratégias promotoras do sono do recém-nascido prematuro na neonatologia"

Anexo IV – Certificado de coautoria de Póster Científico intitulado "O Brinquedo Terapêutico na Hospitalização da Criança em Idade Pré-escolar"

Anexo V – Certificado de coautoria de Comunicação Livre intitulada "O impacto das tecnologias no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar entre os 12 meses e os 6 anos: a perspetiva dos pais"

Anexo VI – Certificado de participação no XI Encontro de Benchmarking da MCEESIP da Ordem dos Enfermeiros

Anexo VII – Certificado de integração na Comissão Organizadora do 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP - Lisboa