

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

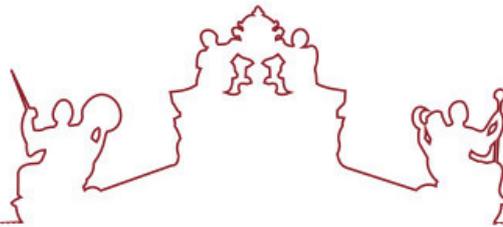
Relatório de Estágio

**O desafio de sentir: um caminho para a promoção do
desenvolvimento emocional na primeira infância**

Joana Sofia Paias Andrez

Orientador(es) | Ana Lúcia Caeiro Ramos

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

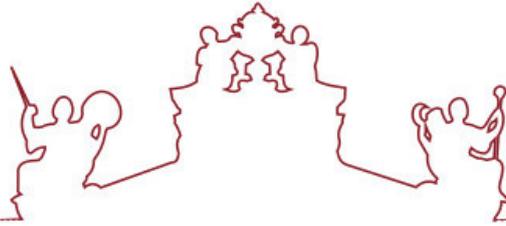
Relatório de Estágio

O desafio de sentir: um caminho para a promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância

Joana Sofia Paias Andrez

Orientador(es) | Ana Lúcia Caeiro Ramos

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Lúcia Caeiro Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Gabriela Calado (Universidade de Évora) (Arguente)

Dedicatória

Às minhas estrelinhas (do céu e da terra),
que me proporcionaram uma infância tão feliz
e recheada de amor!

A ti Pai,
sei que me continuas a olhar
com essa tua ternura!

Resumo

Título: O desafio do sentir: um caminho para a promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância

A enfermagem, sendo caracterizada pela arte do cuidar, não pode ficar indiferente à emoção humana. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha sempre em parceria de cuidados, competindo-lhe acompanhar a criança/ jovem e família durante todo o percurso de saúde/doença, em qualquer contexto em que ela se encontre, numa abordagem ética, holística e culturalmente sensível.

Um dos focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é a avaliação e a promoção do desenvolvimento infantil adequado. Sabe-se que com a Pandemia por Covid-19 e todas as restrições a si impostas, o processo de socialização foi limitado, o que acarreta consequências no desenvolvimento infantil, principalmente a nível emocional. Deste modo, emerge a importância de pensar em estratégias que possam promover um desenvolvimento emocional adequado.

Ancorado pela fundamentação teórica e pela fase pandémica vivenciada, com recurso à metodologia de projeto e integrando a linha de investigação “segurança e qualidade de vida”, a temática do Projeto de Estágio insere-se no âmbito do desenvolvimento emocional. Sendo o seu objetivo geral a promoção do desenvolvimento emocional durante a primeira infância, relatam-se as diversas atividades realizadas nos estágios, que foram desenvolvidas atendendo à maior necessidade de intervenção nos respetivos Serviços.

Apresenta-se ainda uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas, de Enfermeiro Especialista e de Mestre, durante o percurso formativo, pretendendo-se com o presente relatório divulgar os resultados desse percurso.

Com a elaboração do Projeto de Estágio, conclui-se que é de extrema importância trabalhar a vertente emocional com as crianças e suas famílias, uma vez que se durante a infância a criança aprender a expressar e a gerir as suas emoções corretamente, crescerá mais saudável e com uma maior capacidade de desenvolver características e talentos que se manifestarão na sua vida adulta.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; promoção da saúde; emoções; inteligência emocional

Abstract

Title: The challenge of feeling: a path to promoting emotional development in early childhood

Nursing, characterized by the art of caring, cannot remain indifferent to human emotion. The Specialist in Child and Pediatric Health Nurse always works in a care partnership, being responsible for accompanying the child/young person and family throughout their health/illness journey, in any context in which they find themselves, in an ethical, holistic and culturally sensitive approach.

One of the focuses of the Specialist in Child and Pediatric Health Nurse is the assessment and promotion of adequate child development. It is known that with the Covid-19 Pandemic and all the restrictions imposed due to it, the socialization process was limited, which has consequences in child development, especially on an emotional level. Thus, the importance of thinking about strategies that can promote adequate emotional development emerges.

Based on the theoretical reasoning and the pandemic phase experienced, using the project methodology and integrating the research line "safety and quality of life", the theme of this Internship Project falls within the scope of emotional development. With the objective of promoting emotional development during early childhood, various activities carried out in the different internships are described, taking into account the greater need for intervention in the respective Services/Departments.

It is also presented a reflective analysis of the skills acquired and developed, by Specialist and Master Nurse, during the formative path, being the aim of this report to disclose the results of that work.

With the elaboration of this Internship Project, it is concluded that it is extremely important to work on the emotional aspect with children and their families, since, if during childhood the child learns to express and manage their emotions correctly, they will grow up healthier and with a greater ability to develop characteristics and talents that will manifest in their adult life.

Keywords: Child development; health promotion; emotions; emotional intelligence

Agradecimentos

A realização de um Curso de Mestrado, é um percurso marcado por desafios, alegrias, tristezas, percalços e momentos de solidão. Ainda assim, é um caminho que conta com o contributo de várias pessoas. Trilhar este caminho é francamente mais difícil se não se fizer sentir a energia e o apoio dos que contribuem para o culminar desta etapa. Por isso, torna-se importante agradecer a todos aqueles que nos dão a mão e nos auxiliam a alcançar a meta final deste trajeto!

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Ana Lúcia Ramos por todo o apoio, motivação, disponibilidade e prontidão! Muito obrigada pela constante presença que em muito contribuiu para o sucesso desta jornada!

A todos os enfermeiros com quem cruzei caminho durante esta etapa e que contribuíram para o meu crescimento e amadurecimento profissional, obrigada! Em especial, agradeço aos enfermeiros orientadores!

A ti, João, agradeço a paciência, motivação, apoio e amparo! Obrigada por todo o esforço que fizeste para que eu me mantivesse firme no caminhar!

Aos restantes pilares centrais... Mãe, obrigada por seres sempre colo e aconchego: quando for grande quero ser como tu; Avó, obrigada por tornares o amargo doce; Mana, obrigada por tudo; Clara e Laura, obrigada pela vossa inocência e por manterem sempre acordada a minha “criança interior”!

Às minhas companheiras de trabalho, obrigada por tudo! Pela paciência, pela energia, pela motivação e auxílio na consecução desta etapa: serei sempre grata!

A ti, Pai! Obrigada por me ensinares a olhar para tudo com “olhos de amor”! Obrigada pela motivação que me deste! Agora, noutro sítio, sei que estás orgulhoso e eu dava o mundo para poder sentir esse teu olhar...

A todos os outros que me ouviram, apoiaram e ajudaram a chegar aqui, ainda que privados da minha presença... Um enorme obrigada!

ÍNDICE

ÍNDICE DE APÊNDICES.....	10
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	12
INTRODUÇÃO	14
1. CONCEÇÕES TEÓRICAS DE ENFERMAGEM	16
1.1 TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON	17
1.1 CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA.....	21
2. O DESAFIO DO SENTIR: A CRIANÇA E A SUA EMOCIONALIDADE	25
2.1 INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	25
2.2 EMOÇÕES E SENTIMENTOS	28
2.2.1 Classificação das emoções.....	31
2.3 DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA	32
2.3.1 Marcos do desenvolvimento emocional	37
2.3.1.1 Primeiro ano de vida	37
2.3.1.2 Dos dois aos cinco anos de vida.....	40
2.3.1.3 Sexto ano de vida.....	42
2.4 COMPETÊNCIA EMOCIONAL.....	44

3. UM CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: PROJETO DE ESTÁGIO	47
3.1 ESTÁGIO I: CUIDADOS NA COMUNIDADE	50
3.1.1 Diagnóstico de situação	51
3.1.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação.....	52
3.2 ESTÁGIO FINAL: UCIN	57
3.2.1 Diagnóstico de situação	59
3.2.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação.....	60
3.3 ESTÁGIO FINAL: SUP	65
3.3.1 Diagnóstico de Situação	68
3.3.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação.....	68
3.4 ESTÁGIO FINAL: SIP	71
3.4.1 Diagnóstico de situação	75
3.4.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação.....	75
4. ANÁLISE REFLEXIVA DE SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	81
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	82
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESIP	91
4.3 ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	97
CONCLUSÃO	100

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 102

APÊNDICES 112

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A: Cronograma dos Estágios	113
Apêndice B: Objetivos de Aprendizagem dos Estágios	115
Apêndice C: Planeamento do Projeto de Estágio	129
Apêndice D: Cronograma do Planeamento do Projeto de Estágio	138
Apêndice E: Proposta de procedimento de enfermagem de avaliação de desenvolvimento emocional em consulta de saúde infantojuvenil	140
Apêndice F: Planeamento da sessão de educação para a saúde “Oficina do Sentir”	151
Apêndice G: Sessão de educação para a saúde: “Oficina do Sentir”	153
Apêndice H: Proposta de procedimento de enfermagem de gestão de emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância	158
Apêndice I: Planeamento da sessão de formação “Brincar com as emoções”	171
Apêndice J: Sessão de formação “Brincar com as emoções”	173
Apêndice K: Questionário de avaliação das sessões de educação para a saúde “Oficina do Sentir” e de formação em Serviço “Brincar com as Emoções”	178
Apêndice L: Resumo da <i>Scoping Review</i> : “As Repercussões da pandemia Covid-19 no desenvolvimento infantil – implicações para enfermagem: uma <i>Scoping Review</i> ”	180

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico de avaliação da sessão “Oficina do Sentir”	64
Figura 2: Gráfico de avaliação da sessão “Brincar com as emoções”	78
Figura 3: O jogo das emoções	79

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CCF – Cuidados centrados na família

CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGE – Direção Geral da Educação

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – equipa local de intervenção

GASMI – Gabinete de Apoio à Saúde Mental Infantil

h – horas

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPFCC – *Institute for Patient and Family Centered Care*

n.º. – Número

NIDCAP[®] – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NPCI – Núcleo Ciência Pela Infância

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

pp. – páginas

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – recém-nascido

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, lecionado na Universidade de Évora – Escola Superior de Saúde São João de Deus.

Sendo o principal objetivo da sua elaboração analisar e descrever a aquisição e o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre adquiridas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica no decurso dos estágios realizados, pretende responder aos objetivos preconizados nos quais se inserem as Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final: demonstrar capacidade reflexiva e crítica acerca da prática clínica; fundamentar as decisões não só na teoria como na evidência científica; relatar e avaliar quer o desenho como a implementação de um projeto; apresentar um relatório, discutindo o mesmo em provas públicas (Chora et al., 2019).

Em simultâneo, o presente relatório integra o Projeto de Estágio planeado e executado: “O desafio de sentir: um caminho para a promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância”. Para a elaboração do Projeto de Estágio, recorreu-se à metodologia de projeto que visa a identificação de problemas e a sua resolução através de ações práticas (Ruivo et al., 2010). A este título, importa referir que objetivo geral do Projeto de Estágio foi transversal a todos os contextos de estágio, tendo sido os objetivos específicos delineados de acordo com a necessidade de intervenção em cada Serviço. O objetivo geral é o seguinte: promover o desenvolvimento emocional na primeira infância.

A escolha da temática partiu de um conjunto de fatores que se interligaram entre si. Para além de ser um tema que suscita particular interesse, no percurso realizado no âmbito Curso de Mestrado, através da análise do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013), denotou-se o novo enfoque dado às questões emocionais. O programa citado, para além de enfatizar questões que se relacionam com o desenvolvimento infantil, transmite a necessidade de intervenção a nível de prevenção de perturbações emocionais (DGS,2013). É sabido que a pandemia por Covid-19 impôs restrições, sendo que o processo de socialização foi limitado, o que impacta no desenvolvimento infantil, principalmente a nível emocional. Assim, tornou-se emergente a necessidade de intervir com o intuito de promover o desenvolvimento emocional infantil, minimizando o impacto que se fará sentir com a pandemia.

Neste sentido, importa ainda salientar que a escolha da faixa etária da população alvo para a execução do Projeto de Estágio prendeu-se com o facto de a primeira infância se constituir como a fase mais crítica e também a mais vulnerável no desenvolvimento da criança, sendo um período demarcado por importantes e rápidas transformações que definirão uma grande parte da esfera psicoafectiva da criança (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Os estágios realizados ocorreram em variados contextos, nomeadamente em contexto de Cuidados de Saúde Primários [CSP] e em contexto de Cuidados de Saúde Diferenciados, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN], num Serviço de Urgência Pediátrica [SUP] e num Serviço de Internamento de Pediatria [SIP]. Para cada módulo de estágio foi realizado o diagnóstico de situação, no sentido de perceber a maior necessidade de intervenção face à temática a trabalhar, tendo sido então delineados os objetivos específicos e as atividades a desenvolver, no Projeto de Estágio. Com o presente relatório pretende-se então expor o percurso caminhado ao longo dos contextos de estágio, transmitindo as aprendizagens e atividades realizadas, os objetivos definidos e as competências desenvolvidas e adquiridas.

Encontra-se então, o relatório dividido em quatro capítulos. Em primeiro lugar são dadas a conhecer as conceções teóricas de enfermagem que fundamentaram a prática clínica. O segundo capítulo é respetivo à emocionalidade da criança, abordando assuntos como a inteligência emocional, as emoções e os sentimentos, a classificação das emoções, o desenvolvimento emocional na primeira infância, marcos do desenvolvimento emocional e a competência emocional. O terceiro capítulo intenta demonstrar o percurso trilhado para a promoção do desenvolvimento emocional infantil na primeira infância, demonstrando o desenho do Projeto de Estágio desenvolvido e executado e avaliando a sua execução através da análise da consecução dos objetivos previamente definidos. O quarto capítulo refere-se ao desenvolvimento profissional, sendo analisado o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista, de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP], e ainda as competências de Mestre.

O presente relatório foi redigido de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição, e formatado atendendo à Minuta de Formatação da Universidade de Évora.

1. CONCEÇÕES TEÓRICAS DE ENFERMAGEM

O crescimento da enfermagem enquanto disciplina resulta dos contributos da investigação, da teoria e da prática, que estabelecem entre si uma relação cíclica e recíproca (Chinn & Kramer, 2018). As conceções teóricas providenciam uma abordagem organizada e fundamentada no conhecimento (Smith & Liehr, 2018, citado por Loureiro et al., 2021).

Ao introduzir no quotidiano do exercício clínico ação produtora de cuidado, acréscimo e renovação do conhecimento científico, as teorias de enfermagem fundamentam a prática clínica (Jesus et al., 2013). Abrangem, então, a visão da teoria e da prática, tendo por base um conceito-chave e as relações estabelecidas entre pelo menos dois conceitos de enfermagem (Leandro et al., 2020).

Em enfermagem, a função major da teoria é aprimorar o exercício através da influência positiva na qualidade de vida e saúde dos clientes, justificando assim a reciprocidade da relação entre a teoria e a prática (Chinn & Kramer, 2018). Neste sentido, quando refletimos acerca dos cuidados de enfermagem num determinado contexto, torna-se imperativo identificar o seu suporte na perspetiva teórica (Grove et al., 2019, citado por Loureiro et al., 2021).

Assim, para o desenvolvimento do Projeto de Estágio, é espectável a escolha de uma teoria de enfermagem que fundamente a prática clínica, justificando conseqüentemente os objetivos definidos e as ações realizadas. Das múltiplas teorias existentes, optou-se pela teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, uma vez que, de acordo com a teórica, através do cuidado transpessoal há um maior contacto com o mundo emocional do cliente.

A teoria centra-se no conceito de cuidado (eixo da prática de enfermagem) e em pressupostos fenomenológicos existenciais. Valoriza conceitos como corpo, mente e espírito no ato de cuidar, alterando o objetivo final do cuidado da cura para o de reconstituição e amor (Favero et al., 2009). Watson (2002) afirma que o atual desafio da enfermagem é sair do campo objetivável, dedicando maior ênfase ao significado, à identificação de outras formas de conhecimento e à investigação da área da experiência humana, não só preservando o contexto humano, como permitindo o crescimento do conhecimento sobre o mundo da experiência humana.

1.1 TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

A teoria de Jean Watson acerca do cuidado transpessoal, apresenta-se como um modelo holístico de enfermagem que propõe uma intervenção consciente rumo aos cuidados, potencializando a integridade e a cura (Grencho, 2012). Salienta a reciprocidade entre o cliente dos cuidados e o enfermeiro, apresentando como meta o cuidado holístico, onde a pessoa é considerada na sua globalidade, independentemente do processo patológico que esteja a vivenciar (Watson *Caring Science Institute*, 2016, citado por Evangelista et al., 2020). Assim, esta teoria de enfermagem para além de envolver uma abordagem à pessoa que é cuidada na sua totalidade, tem como principal finalidade promover um grau de harmonia entre o corpo, a mente e a alma, o que pode conduzir ao autorrespeito, autoconhecimento, autocuidado e autocura (Watson, 2012, citado por Evangelista et al., 2020). A alma refere-se ao espírito, à essência da pessoa ou ao seu eu interior. Conecta-se a um elevado grau de consciência, a uma força que se movimenta no interior de cada ser, a uma fonte superior do infinito, ao cosmos e a um poder que poderá permitir a transcendência (Watson, 2012, citado por Evangelista et al., 2020).

Evidencia, claramente, três dos quatro metaparadigmas de enfermagem, nomeadamente saúde, enfermagem e pessoa. A saúde refere-se à harmonia entre o corpo, a mente e a alma. Associa-se ainda ao grau de equivalência entre o eu entendido com o eu vivenciado. A enfermagem é considerada como um conceito dinâmico, filosófico e mutável que possui diversos significados e sugere carinho. Nas relações de cuidado, o enfermeiro é entendido como um coparticipante do processo. Auxilia a pessoa a encontrar significado, mesmo perante o sofrimento e a desarmonia, ajudando conseqüentemente na tomada de decisão. A pessoa, é concebida como um ser espiritual que possui três dimensões que são influenciadas pelo eu: mente, alma e corpo (Watson, 2002; Watson, 2012, citado por Evangelista et al., 2020). Em relação ao metaparadigma ambiente, importa referir que de acordo com a teórica, a sociedade/ambiente, encontra-se em permanente mudança, o que implica uma constante adaptação da pessoa. A pessoa possui necessidades que em contexto de doença podem implicar o afastamento daqueles que as colmatam, apresentando a enfermagem um papel basilar no suporte ao momento de crise (Antunes, 2019; Watson, 2002).

Watson vê o cuidar como que um ideal moral da enfermagem; a essência da profissão, sendo fundamental a preservação da dignidade da pessoa. Refere também que o cuidado se expressa no encontro dos sujeitos que estão implicados no ato do cuidar, isto é, na reciprocidade

entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Deste modo, o cuidado relaciona-se com a interação entre sujeitos através da intersubjetividade, o que permite um encontro autêntico e real entre quem é cuidado e quem cuida, transcendendo deste modo o mundo meramente material e físico, contactando com o mundo subjetivo e emocional da pessoa (Watson, 2002).

Para Watson (2002), a relação transpessoal é um modo específico de cuidar, uma relação em que tanto o cliente como o enfermeiro consideram a totalidade da pessoa e o seu modo único de estar no mundo. É, portanto, a união espiritual entre dois sujeitos em que ambos transcendem o *self*¹, o espaço, o tempo e a história de vida de cada um. Neste sentido, a dimensão espiritual é um conceito de extrema relevância uma vez que há um destaque teórico para as questões espirituais e existenciais, para o mundo não físico e para o atendimento às necessidades humanas do cliente (Watson, 2012, citado por Evangelista et al., 2020).

No cuidar transpessoal, o profissional pode entrar na experiência da pessoa cuidada e vice-versa. Deste modo, o ideal do cuidado transpessoal é o de intersubjetividade, onde ambos os intervenientes estão envolvidos. O cuidar inicia-se quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico ou no espaço de vida do cliente, sendo capaz de perceber a condição de ser da pessoa cuidada (Watson, 2002). Entende-se por campo fenomenológico a forma como a pessoa se comporta no mundo; é uma realidade subjetiva que definirá o modo como uma pessoa entende e responde às circunstâncias do momento (Watson, 2012, citado por Evangelista, 2020). Quando o enfermeiro é capaz de sentir estas condições no seu íntimo e de responder adequadamente, o cliente liberta pensamentos e sentimentos subjetivos que há muito desejava libertar, promovendo assim o cuidado transpessoal (Watson, 2002).

A teoria do cuidado transpessoal salienta dez fatores de cuidado, que são a base para o cuidado transpessoal na sua visão holística. Abordam a pessoa como um ser biológico, social e espiritual, unido que não se pode fragmentar, considerando concomitantemente o enfermeiro como ser humano (Fonseca et al., 2006). Esses fatores são: criação de um sistema de valores altruístas e humanísticos; estimulação da fé e da esperança; promoção da sensibilidade quer para si, como para os demais; desenvolvimento de uma relação de confiança e ajuda; promoção da expressão de sentimentos negativos e positivos; uso sistemático de metodologia científica de resolução de problemas na tomada de decisão; promoção do ensino e da aprendizagem

¹ “Eu” – Pode ser definido como o que define a pessoa na sua subjetividade e individualidade: a sua essência (Marques, 2018).

transpessoal; provisão de um ambiente sustentador, corretivo e/ou protetor, aos níveis físico, mental, espiritual e sociocultural; assistência às necessidades da pessoa; aceitação das forças fenomenológicas existenciais e espirituais (Watson, 2002).

Esta teoria compreende, também, sete premissas básicas acerca do cuidado, as quais postulam como o atributo mais precioso que a enfermagem tem para com a sociedade humana, nomeadamente: “a mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma” (Watson, 2002, p.89); o corpo da pessoa encontra-se confinado no espaço e no tempo, contudo a sua mente e alma transcendem o tempo e o espaço; o enfermeiro pode aceder de um modo indireto às emoções, à mente e ao eu interior de uma pessoa desde que a respeite e a compreenda na sua globalidade (mente, alma e corpo); o eu interior, a alma ou o espírito da pessoa existe para si própria, relacionando-se a sua essência espiritual à liberdade humana; o cuidar e o amor são dados universais, pelo que as pessoas necessitam umas das outras de modo cuidativo e amoroso; é extremamente importante atribuir significados com o intuito de encontrar soluções, uma vez que a condição humana da pessoa pode estar mais relacionada ao seu mundo interior e ao modo como o experiência, ao invés de se relacionar ao mundo externo; “a totalidade da experiência em qualquer dado momento, constitui um campo fenomenológico” (Watson, 2002, p.91).

A teoria do cuidado transpessoal abrange ainda onze pressupostos que se relacionam com os valores humanos do cuidar. São esses pressupostos: o amor e o cuidar são forças cósmicas universais e “compreendem a energia física primária universal” (Watson, 2002, p.61); as pessoas necessitam umas das outras no amor e no cuidar, pelo que é necessário promovê-los e assegurá-los, alimentando o humanismo que é essencial para a vivência em sociedade; a capacidade da enfermagem para manter a ideologia do cuidar irá afetar o desenvolvimento humano da sociedade, determinando a contribuição da enfermagem para a sociedade; a vontade de cuidar, de amar e o autoconhecimento são pressupostos prévios para cuidar dos demais com respeito, gentileza e dignidade; desde o princípio que a enfermagem adotou uma posição de cuidar atendendo às pessoas que apresentam preocupações relacionadas com os processos saúde/doença; cuidar é o eixo central e unificador do exercício de enfermagem; cuidar individualmente ou em grupo tem sido cada vez mais negligenciado no sistema de saúde; o cuidar encontra-se ameaçado pelo aumento das tecnologias médicas e pelas burocracias de gestão; a preservação e o avanço do ato de cuidar é importante para a enfermagem, atualmente e futuramente; o cuidado só pode ser praticado e demonstrado de um modo interpessoal e humanista; as contribuições científicas, sociais e morais da enfermagem para as pessoas,

assentam no compromisso que os enfermeiros fazem com os ideais do cuidar tanto na teoria, como na prática (Watson, 2002).

Na teoria do cuidado transpessoal, não se pode diferenciar o passado e o presente, embora o passado seja mais objetivo e o presente mais subjetivo. Durante o cuidado, o enfermeiro e o cliente reúnem-se, fundindo-se o seu passado, presente e futuro (Watson, 2002).

Esta teoria destaca a metafísica, permitindo a exploração de modelos explicativos da cura que transcendem o corpo. O cuidado transpessoal surge como metafísico, visto que todo o amor e consciência de cuidado acontece num momento que é único e ultrapassa o tempo e o espaço físico (Watson, 2018, citado por Evangelista, 2020). No momento do cuidado o enfermeiro, ao abranger a metafísica, conseguirá experienciar e explicitar um facto, abranger o desconhecido, os mistérios da vida e descobrir algo novo, no entanto não conseguirá prever todas as coisas (Watson, 2012, citado por Evangelista, 2020).

A utilização desta teoria na prática clínica poderá promover o crescimento pessoal quer do cliente como do enfermeiro, através dos relacionamentos interpessoais de maior significância. Poderá também, ser utilizada no planeamento de cuidados, que se associa ao processo de enfermagem para a execução de intervenções ao cliente (Waldow, 1999, citado por Silva et.al, 2010). Deste modo, pode referir-se que a utilização desta teoria enriquece a identidade profissional, visto que oferece uma fundamentação sólida, tendo por base os fatores de cuidados preconizados pela teórica. Estes fatores poderão ser úteis à prática clínica, considerando a aplicabilidade à situação e o contexto em que serão utilizados (Silva, 2010).

De acordo com a Watson (2002), o cuidado transpessoal é realizado quando o enfermeiro estimula a expressão de emoções do cliente, conseguindo assim mobilizar os sentimentos consequentes da situação que o outro experiencia; ou seja quando o enfermeiro coloca a sua humanidade ao serviço do outro e do cuidar, culminando numa atenuação das desarmonias que afetam o corpo, a alma e a mente do cliente, que consegue descobrir novos sentidos.

Um dos principais objetivos da teoria explanada é a preservação do conceito de pessoa e da sua dignidade (Watson, 2002). Neste contexto, cuidar em pediatria, tendo em conta a conceção de transcendência de Watson é imergir no mundo interior da criança e da sua família/

peçoas significativas, de modo a perceber o desequilíbrio/ equilíbrio do sistema, podendo assim adequar a sua atuação (Reis, 2016).

Na infância estabelecem-se as bases para o desenvolvimento moral, intelectual e emocional, sendo a primeira infância uma fase que definirá uma grande parte da esfera psicoafectiva da criança (OE, 2010). Assim, é imprescindível que o EEESIP preste cuidados de um modo holístico, atendendo à criança com todas as suas especificidades; que olhe para lá da cura, enquadrando todos os aspetos fenomenológicos inerentes ao ato de cuidar, contribuindo consequentemente para a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil.

1.1 CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

O EEESIP exerce a sua prática tendo por base um modelo conceptual de cuidados centrados na criança e na família, utilizando sempre este binómio (criança/família) como o beneficiário dos cuidados, trabalhando sempre em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho de 2018). Neste contexto, torna-se imperativo abordar uma metodologia de cuidados centrados na família [CCF] cuja origem se encontra associada aos cuidados de saúde prestados à criança em situação de doença (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

OS CCF têm por base o pressuposto de que tanto a criança como a família são alvo dos cuidados, pelo que se procura reforçar e manter quer os papéis como os laços existentes entre a criança e a família, auxiliando a manter a normalidade das rotinas familiares (Cardoso, 2010). Assim, a sua essência é o reconhecimento do fundamental papel que a família tem na vida da criança, visando providenciar apoio profissional a este binómio de cuidados através não só do envolvimento, como da participação e ainda parceria, alicerçados pela negociação e capacitação das famílias. Neste sentido, as forças e capacidades da família são enaltecidas, reconhecidas e valorizadas quer no planeamento como na prestação de cuidados, passando a família de espectadora ativa a integrada e coadjuvante no tratamento, recebendo não só orientações, como sendo treinada para nele participar (Pedro, 2009).

De acordo com o *Institute for Patient and Family Centered Care* [IPFCC] (2017), esta filosofia de cuidados é orientada para a integração da criança/jovem e sua família/ pessoa

significativa, na prática de cuidados, no âmbito do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, tal como na dimensão do desenvolvimento de políticas institucionais e organizacionais dos cuidados de saúde. É o elemento central desta filosofia de cuidados a parceria que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente, com o intuito de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados, bem como de promover a satisfação e o bem-estar do cliente.

O conceito de CCF baseia-se no princípio de que os profissionais de saúde e as famílias são parceiros na prestação de cuidados à criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Para tal, os enfermeiros devem exercer tendo por base uma atitude e prática de colaboração, apoio e respeito, e devem apresentar habilidades de negociação e de comunicação (Harrisson, 2010).

Neste sentido, a família é reconhecida como uma constante na vida da criança, motivo pelo qual os Serviços e os profissionais de saúde devem respeitar, apoiar, encorajar e maximizar a competência e a força da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais/pessoas significativas. O enfermeiro deve, então, apoiar a família no seu papel de prestação de cuidados e de tomada de decisão, baseando-se nos seus pontos fortes e admitindo a experiência que a família tem no cuidado à criança, tanto no domicílio, como no contexto hospitalar (Honckenberry & Barrera, 2014).

A filosofia dos CCF assenta nas seguintes crenças: a saúde e o bem-estar da criança sofrem uma grande influência da família; tanto a criança como a sua família carecem de respeito na sua singularidade; é uma condição fundamental a parceria estabelecida entre os profissionais de saúde e a criança/família (Franck & Callery, 2004).

Segundo o IPFCC (2017), os CCF baseiam-se em quatro pilares conceptuais, nomeadamente: dignidade e respeito; partilha de informação; participação; e colaboração.

Dignidade e respeito – Os profissionais de saúde escutam e honram as perspetivas e escolhas das crianças e famílias. O conhecimento, os valores, as crenças e os aspetos culturais das crianças e famílias são incorporados no planeamento e na prática dos cuidados (IPFC, 2017).

Partilha de informação – Os profissionais de saúde comunicam e partilham informação detalhada, honesta, clara e sem viés às crianças e famílias, promovendo a capacitação e participação efetiva do cliente nos cuidados e na tomada de decisão (IPFC, 2017).

Participação – Os profissionais de saúde devem encorajar e capacitar as crianças e as famílias para a participação nos cuidados e na tomada de decisão, ao nível que estes escolherem (IPFC, 2017).

Colaboração – Crianças, famílias, profissionais de saúde e organizações devem colaborar na definição, desenvolvimento e avaliação das políticas e dos programas de saúde institucionais (IPFC, 2017).

Há, então, dois conceitos básicos dos CCF, são eles a capacitação e o empoderamento. No respeitante à capacitação, o enfermeiro tem o dever de capacitar a família, criando meios e oportunidades para que todos os membros da família possam revelar as suas competências e habilidades atuais e para que consigam ainda adquirir novas capacidades para responder às necessidades da criança. O empoderamento, por sua vez, descreve a interação do enfermeiro com a família, de modo que não só se mantenha ou adquira um sentido de controlo acerca das suas vidas, bem como sejam reconhecidas as mudanças positivas resultantes de comportamentos de ajuda que promovam as suas próprias habilidades, forças e ações (Honckenberry & Barrera, 2014).

Para que possa ser implementada uma prática de CCF é essencial um conjunto de pressupostos e circunstâncias que são indispensáveis à inclusão desta filosofia na prática de cuidados à criança, nomeadamente: a prioridade é o bem-estar da criança; a separação da família resultará em prejuízo para a criança; a presença da família potencia o bem-estar psicossocial e emocional da criança, bem como a sua recuperação física; os resultados obtidos nos cuidados à criança podem ser maximizados pela parceria entre os profissionais de saúde e a família; o envolvimento da família nos cuidados tem de ser negociado e voluntário; os objetivos dos cuidados precisam igualmente de ser negociados entre os profissionais de saúde e a família; os cuidados providenciados pelo enfermeiro têm de ser conceptualizados como um complemento aos cuidados prestados pelos pais; é necessário que os profissionais e as famílias se reconheçam mutuamente como peritos nos cuidados à criança; as informações acerca da criança devem fluir entre os profissionais de saúde e os pais; as instituições devem proporcionar as condições físicas para a permanência dos pais junto dos filhos durante todo o tempo; as crianças com doenças crónicas precisam de cuidados de maior complexidade; para praticar CCF os profissionais têm de ter experiência; as instituições devem proporcionar as condições essenciais para que os profissionais possam praticar CCF (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo,

2020). Os CCF são um caminho para a excelência dos cuidados em pediatria, sendo por isso importante a sua implementação no exercício profissional (Apolinário, 2012).

Cuidar em pediatria, praticando CCF e integrando a teoria de Watson, é cuidar estabelecendo relações transpessoais, promovendo e defendendo a dignidade e a integridade dos clientes (criança e família/ pessoas significativas). Permitir que as crianças e famílias/ pessoas significativas expressem os seus sentimentos e emoções, edifica a qualidade dos cuidados, uma vez que o enfermeiro entende e auxilia a atenuar as desarmonias, mantendo uma postura de maior autenticidade e proximidade, com maior atenção às complexidades das crianças e famílias ao seu cuidado (Reis, 2016). E ser EEESIP é, também, observar a criança e a família/ pessoas significativas como uma unidade. Cuidá-las tendo em conta que cada ser humano é único e singular, que tem necessidades diferentes e atendendo a todas as suas especificidades. Assim, o enfermeiro conseguirá promover o crescimento e o desenvolvimento não só da criança, como da família, facilitando consequentemente a harmonia, o equilíbrio e o bem-estar estar emocional.

2. O DESAFIO DO SENTIR: A CRIANÇA E A SUA EMOCIONALIDADE

As emoções existem desde sempre como parte integrante da vida das pessoas. Visto auxiliarem o indivíduo na descoberta e compreensão – quer de si, como de outrem – são determinantes para a qualidade de vida, assumindo deste modo um papel preponderante nos relacionamentos sociais e familiares (Queirós, 2014).

É grande a relação existente entre as emoções e os processos cognitivos, uma vez que a emoção influencia de um modo determinante os processos intelectuais, que auxiliam a compreensão dos estados emocionais (Núcleo Ciência Pela Infância [NCPI], 2016). Há medida que a criança vai crescendo e se vai desenvolvendo, até adquirir sentimento do *self*, alcança novas capacidades cognitivas, que se baseiam nas suas experiências emocionais. Ao transpor o pensamento lógico às emoções e ideias, é possível dominar níveis mais elevados do desenvolvimento intelectual e emocional. Ao apoiar o desenvolvimento emocional infantil, ajudamos as “crianças a construir relações íntimas, carreiras produtivas, famílias sólidas e um sentimento aprofundado do sentido que elas escolhem dar à sua vida” (Greenspan, 2009, p. 20).

A avaliação e a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória aos pais/familiares “para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” é uma das áreas de atuação particular do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho de 2018, p.1912).

Neste sentido, torna-se relevante abordar a temática da emocionalidade da criança, aprofundando o conhecimento acerca da inteligência emocional, das emoções e dos sentimentos, do desenvolvimento emocional propriamente dito e da competência emocional. Estes conceitos serão explanados no presente capítulo do relatório.

2.1 INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A inteligência emocional processa as emoções, sustentando-se e recorrendo a elas de modo a organizar o pensamento. Compõe-se, portanto de um conjunto de capacidades e aptidões mentais que permitem a resolução de problemas e a gestão de comportamentos. Deste modo, ajuda a pessoa não só a contextualizar-se, como a entender as situações emocionais com

as quais se confronta, procurando o sucesso (Queirós, 2014). Neste contexto, e com o intuito de gerar condições para um melhor entendimento das emoções e da sua natureza, torna-se importante abordar o conceito de inteligência emocional.

Salovey & Mayer foram os primeiros autores a introduzir o termo de inteligência emocional (Vale, 2012). Em 1990, publicaram um estudo onde sublinhavam a importância das emoções no pensamento racional (Queirós, 2014). Contudo, a sua divulgação massiva deve-se a Goleman (1995), tendo o termo saído do campo científico para o domínio do público em geral (Vale, 2012).

Nos dias vigentes, existem duas grandes correntes teóricas acerca da inteligência emocional, que de forma contraditória a interpretam como: um traço de personalidade; uma aptidão mental (Queirós, 2014).

Salovey e Mayer (1990, citados por Vale, 2012), referem-se ao conceito de inteligência emocional como um subtipo de inteligência social que acomete a capacidade de reconhecimento não só das próprias emoções, como as dos outros, discriminando-as entre elas, utilizando a informação para conduzir as próprias ações e pensamentos.

Os autores consideram quatro componentes da inteligência emocional que interagem entre si, nomeadamente: percepção emocional, facilitação emocional do pensamento, compreensão emocional e gestão emocional. A percepção emocional diz respeito à capacidade para reconhecer, avaliar e expressar as emoções com exatidão. A facilitação emocional do pensamento traduz-se na capacidade para usar as emoções de modo a simplificar o pensamento. A compreensão emocional refere-se à competência de compreensão e análise das emoções, utilizando o conhecimento emocional. A gestão emocional diz respeito à habilidade para regular de um modo reflexivo as emoções quer na própria pessoa, como nos demais, com o intuito de promover o desenvolvimento intelectual e emocional (Salovey & Mayer, 1997, citados por Queirós, 2014). Assim, enquanto a primeira, a terceira e a quarta componentes da inteligência emocional se referem ao processo de raciocinar sobre as emoções, a segunda contempla a utilização das emoções de modo a facilitar o pensamento (Queirós, 2014).

A inteligência emocional permite que a pessoa identifique as suas sensações, reconheça as suas emoções, assim como a situação que as despoletou, gerindo-as e aceitando-as na

tomada de decisão. Deste modo, a inteligência emocional capacita a pessoa para fazer escolhas adequadas na sua vida (Caruso & Salovey, 2007).

Goleman (2020) descreve o conceito de inteligência emocional como

a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os seus impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança (p.46).

O autor atribui assim, à inteligência emocional, a função de controlar de um modo positivo a vida emocional do sujeito (Vale, 2012). Neste sentido, importa acrescentar que enquanto Goleman considera que a inteligência emocional é a chave para o sucesso, Mayer e Salovey acreditam que esta inteligência é uma habilidade (Queirós, 2014).

Neste contexto, múltiplos são os autores que referem que a exigência da atual sociedade requer que as crianças desenvolvam certos requisitos que pertencem ao domínio emocional, como a tomada de decisão, a resolução de conflitos e a interação social, sendo que sem a aquisição destes requisitos dificilmente irão alcançar o sucesso e o bem-estar na idade adulta. Começa então a evidenciar-se que o bem-estar e o sucesso em idade adulta podem ser consequentes à aprendizagem da utilização das competências socioemocionais de negociação de mudanças produtivas no decurso do ciclo de vida, de modo a minimizar o risco de problemas mentais (Cherniss & Adler, 2000, citados por Vale, 2012).

Assim, importa referir que as habilidades que compreendem a inteligência emocional podem ser ensinadas às crianças, através da criação de oportunidades para que estas competências se possam desenvolver (Leite 2014). Uma criança emocionalmente inteligente consegue sentir-se e demonstrar-se satisfeita, estável e equilibrada. As competências emocionais devem, por isso, ser trabalhadas precocemente com as crianças, com o intuito que estas desenvolvam a inteligência emocional, atingindo melhores resultados tanto na aprendizagem como nas relações interpessoais (Martins & ScoralickLempke, 2020).

2.2 EMOÇÕES E SENTIMENTOS

Diversos foram os pensadores (por exemplo Aristóteles, Descartes, entre outros) que se preocuparam com os fenômenos da afetividade ao longo dos séculos, originando a teoria das emoções da filosofia. Devido, sobretudo, ao crescimento das tecnologias de imagiologia cranioencefálica (ressonância magnética funcional e tomografia por emissão de positrões), a neurociência ocupou-se do estudo acerca dos sistemas emocionais e da caracterização do funcionamento humano (Vale, 2012). Nos dias vigentes, considera-se o cérebro como o centro de comando das emoções, fundamentando a sua base fisiológica. Não obstante, é também consensual que as emoções são influenciadas ao longo do desenvolvimento, pelas experiências de vida e acontecimentos bem como pela própria experiência de desenvolvimento emocional da pessoa (Shore, 1994, citado por Vale, 2012).

António Damásio (2013) defende que

as emoções são conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que formam um padrão; todas as emoções desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou de outra, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno; as emoções dizem respeito à vida de um organismo, mais precisamente ao seu corpo; a finalidade das emoções é ajudar o organismo a manter a vida (p.73).

Freitas-Magalhães (2020) define emoção como uma reação neuropsicofisiológica, intensa e espontânea, que incita o organismo a produzir uma resposta. O autor afirma ainda que as funções da emoção estão relacionadas à expressão e à adaptação, funcionando como que um catalisador entre o meio e a conduta.

As emoções são estados mentais que emergem espontaneamente, frequentemente acompanhadas por diversificadas mudanças fisiológicas (Gillespie & Beech, 2016, citado por Pinto, 2020). São, portanto, respostas experienciais, comportamentais e fisiológicas, que quando combinadas influenciam o modo como as pessoas respondem a determinadas situações (Silva & Freire, 2014).

Através da revisão da literatura, constata-se que o conceito de emoção apresenta múltiplas definições, e várias foram as disciplinas que se preocuparam com o seu estudo. Ainda assim, é notório o consenso de que a emoção é originada no cérebro, conduzindo a um conjunto de respostas físicas.

Sendo este um conceito transdisciplinar, as emoções humanas também têm sido um foco de atenção para a enfermagem, destacando-se a sua referência em múltiplas teorias de enfermagem. Teóricas como Peplau, Leininger, Watson, entre outros, atenderam à temática das emoções, na tentativa de tornar a prática de enfermagem mais holística (Monteiro et al., 2016).

Neste contexto importa referir que no decurso de um processo de doença, evidenciam-se na pessoa, medos, fragilidades, desconfortos e anseios, sendo então necessária uma maior atenção à dimensão emocional do ser humano. A dimensão emocional do cuidado de enfermagem pode definir-se como a que transcende o tratamento do corpo e ocorre no encontro entre dois sujeitos, sendo que um deles (o enfermeiro) procura responder às necessidades do outro, utilizando instrumentos científicos, e demonstrando uma postura sensível e humana. Desde cedo o enfermeiro é estimulado a desenvolver, no ato do cuidar, habilidades como a empatia, a compreensão, o carinho, entre outras. Todas estas habilidades presumem uma conexão emocional ao cliente dos cuidados (Monteiro et al., 2016).

Assim, a enfermagem enquanto ciência do cuidar não pode permanecer indiferente à emoção humana, uma vez que o processo de cuidar é um processo relacional, sendo as relações um meio de comunicação e exteriorização de sentimentos (Watson, 2012, citado por Monteiro et al., 2016).

Neste contexto, também o conceito de emoção se encontra definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®], referindo-se a um processo psicológico; sentimentos conscientes ou inconscientes, dolorosos ou agradáveis, expressos ou não; com o stress ou com a doença podem aumentar (*International Council of Nurses* [ICN], 2019).

É dupla a função biológica das emoções. A primeira função constitui a produção de uma determinada reação para a situação instigadora. A segunda é a regulação do estado interno do organismo, de modo que consiga estar preparado para essa determinada reação (Damásio, 2013). A finalidade das emoções é manter o organismo em posição de bem-estar e de sobrevivência, desempenhando para tal, um papel regulador (Queirós, 2014). Outras fontes acrescentam ainda, no respeitante às funções das emoções, que estas transformam a atividade cognitiva, uma vez que as emoções podem promover ou impossibilitar a cognição; têm também a função de fornecer informação afetiva, uma vez que simplificam respostas filogeneticamente adaptativas (Ekman, 1992, citado por Faria, 2011; Davidson, 2000, citado por Faria, 2011).

As emoções apresentam uma grande importância no âmbito do desenvolvimento cognitivo e social, ao longo do ciclo vital. Assim, detêm funções desenvolvimentalmente adaptativas, pelo que as crianças (mesmo as mais pequenas) se encontram motivadas para as manipular, avaliando e entendendo as suas próprias respostas emocionais e as que acontecem no contexto social envolvente (Abe & Izard, 1999; Lagattuta & Wellman, 2002). De modo a facilitar a resolução das tarefas desenvolvimentais características de cada etapa de desenvolvimento, as múltiplas emoções vão apresentando uma preponderância diferenciada ao longo do ciclo vital (Abe & Izard, 1999).

As emoções intervêm em todos os processos evolutivos como seja, no processamento da informação, no desenvolvimento da linguagem, na organização da vinculação, no conhecimento social, entre outros (Vale, 2012).

Os estímulos capazes de originar emoções são externos (situações e objetos) e internos (pensamentos), sendo que o cérebro ao detetar o estímulo faz emergir a emoção que pode ser positiva/agradável ou negativa/desagradável. Os sinais são, não só enviados pela via neural (transmitidos pelos neurónios em feixes nervosos, através de sinais eletroquímicos), como pela via química (através da corrente sanguínea). Se a pessoa for capaz de controlar os estímulos que provocam as emoções, pode modificar algumas respostas do corpo, conduzindo o organismo ao equilíbrio que traz harmonia à sua vida. (Queirós, 2014).

Damásio (2003), refere a existência de uma distinção entre sentimentos e emoções. O autor, afirma que as emoções se desenrolam no teatro do corpo e os sentimentos no teatro da mente. Enquanto as emoções são experiências físicas visíveis através da voz, face e comportamentos dos indivíduos, os sentimentos constituem as experiências mentais, ou seja, são o modo como o cérebro interpreta as emoções (Damásio, 2021). Através dos sentimentos que são privados e orientados para o interior, as emoções, que se dirigem para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente. O impacto dos sentimentos exige não só a consciência acerca deles, como a necessidade de serem conhecidos pela pessoa (Damásio, 2013). Os sentimentos são, portanto, a expressão mental dos variados níveis de regulação do equilíbrio do corpo humano. Permitem, deste modo sentir as emoções, uma vez que são alimentados e sustentados pelas mesmas (Queirós, 2014).

2.2.1 Classificação das emoções

Ao abordar a temática da classificação das emoções, é necessário ter em atenção os seguintes aspetos: intensidade (força com a qual se experimenta uma emoção); especificidade (qualifica a emoção, possibilitando a atribuição de um rótulo que a distingue dos demais); e temporalidade (atribui a dimensão temporal à emoção) (Bisquerra, 2000, citado por Vale, 2012).

Foram utilizadas variadas metodologias que chegaram a conclusões diferentes nas tentativas de classificação das emoções. Ainda assim, um aspeto é coincidente: as emoções encontram-se situadas num eixo que vai do desprazer ao prazer, diferenciando-se assim emoções desagradáveis e agradáveis, isto é, emoções positivas e negativas (Vale, 2012).

Neste sentido, de acordo com Lazarus (1991, citado por Vale, 2012), as emoções classificam-se como: negativas (as referentes a múltiplos modos de ameaça, atraso ou frustração na consecução de um objetivo ou conflito entre objetivos); positivas (resultam de uma avaliação favorável no que concerne ao alcance de objetivos); *borderline* (sendo que o seu estado pode originar equívocos); não emoções (estados indefinidos que podem originar diversas interpretações que são suscetíveis de gerar confusão).

Damásio (2003; 2013) classifica as emoções utilizando três categorias: emoções primárias ou universais, emoções sociais ou secundárias; e emoções de fundo. As emoções primárias incluem a alegria, o medo, a raiva, a surpresa, a aversão e a tristeza. São inatas, isto é, são programadas geneticamente e têm o propósito de assegurar o bem-estar da pessoa e a sua sobrevivência. São sinais, ainda que subtis, que alertam o indivíduo quanto a possíveis perigos ou coisas boas (Queirós, 2014). Importa ainda referir que as crianças reconhecem e utilizam de modo eficaz as emoções básicas, e estas emoções constituem o suporte para apreender a informação social (Fabes, Eisenberg, Nyman & Michelieu, 1991, citado por Martins, 2009).

As emoções secundárias compreendem a simpatia, o embaraço, a compaixão, a culpa, a vergonha, a inveja, o orgulho, o ciúme, a gratidão, o espanto, a admiração, o desprezo e a indignação. As emoções de fundo abarcam o entusiasmo (energia), a lassidão (falta de energia), a calma ou a tensão, o bem-estar ou o mal-estar (Damásio, 2003; 2013).

2.3 DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A concepção da infância tem sofrido alterações ao longo dos tempos (OE, 2010). Antigamente a criança era vista como que um adulto em miniatura sendo que até ao século XVII não lhe era reconhecida uma necessidade de cuidados diferenciados (OE, 2010; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Por volta do século XVII e XVIII, com o emergir de disciplinas como a sociologia e a psicologia, iniciam-se novos discursos acerca da infância e desenvolvem-se conhecimentos relativamente aos primeiros anos de vida (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Começa a enfatizar-se a importância da díade mãe-filho, havendo uma maior atenção ao desenvolvimento tanto da criança como da família e ainda ao seu bem-estar, integrando para além dos aspetos físicos de avaliação de desenvolvimento, aspetos emocionais e sociais (Almeida, 2011, citado por Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Nos dias vigentes, considera-se a criança como um ser em desenvolvimento, sendo que o seu crescimento é expresso através de reações e comportamentos que resultam da dinâmica entre fatores bio-anatómicos, sociais e psicológicos. A evolução ocorre sobre a influência de fatores ambientais e de acordo com as regras da maturação neuropsicológica. Estas evidências são baseadas em variadas “teorias do desenvolvimento que integram a perspectiva psicanalítica centrada nas emoções, como é o caso da área cognitiva (Piaget); psicosexual (Freud); psicossocial (Erikson) e também moral (Kohlberg)” (OE, 2010, p. 71).

O desenvolvimento infantil pode ser definido como o processo de aquisição de habilidades, competências e comportamentos, que se vão tornando cada vez mais complexos, resultantes da interação de influências exteriores à criança e consigo própria, congregando variadas potencialidades. Para que a criança rentabilize em plenitude essas potencialidades, é imperativo a existência de condições psicossociais como afeto, amor e ainda um meio familiar previsível e consistente, que proporcione tanto a descoberta como a exploração (Vale, 2008). De acordo com a CIPE®, desenvolvimento da criança refere-se ao processo de “desenvolvimento humano: crescimento e desenvolvimento físico; mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância” (ICN, 2019).

São três os principais domínios sobre os quais os estudos do desenvolvimento se incidem, nomeadamente: cognitivo, físico e psicossocial. O desenvolvimento cognitivo remete para a aprendizagem; a atenção; a memória; a linguagem; o pensamento; o raciocínio; e a criatividade. O desenvolvimento físico, por sua vez, corresponde ao crescimento quer do corpo como do cérebro; às capacidades sensoriais; às habilidades motoras; e à saúde. O

desenvolvimento psicossocial enfatiza questões relacionadas com as relações sociais, a personalidade e as emoções. Estes três aspetos do desenvolvimento influenciam-se mutuamente (Papalia et al., 2013).

Assim, pode referir-se que o crescimento e o desenvolvimento podem organizar-se sob variadas perspetivas, nomeadamente: linguagem, físico, social, cognitivo e emocional. Todas as áreas devem ser avaliadas, sendo importante apoiar a progressão em cada uma delas (Johnson & Keogh, 2012).

A primeira infância apresenta-se como um período sensível para o desenvolvimento de múltiplas habilidades e compreende o período de vida desde o nascimento até aos seis anos de idade. Nesta etapa de desenvolvimento há uma grande plasticidade cerebral, o que se traduz numa maior capacidade de maleabilidade e transformação dos circuitos cerebrais, conseqüente dos estímulos e experiências vivenciadas. As habilidades que a criança desenvolve nesta altura assumem extrema importância para o desenvolvimento de capacidades de maior complexidade em posteriores fases de vida. Assim, não rentabilizar as possibilidades de desenvolvimento durante a primeira infância, representa limitar o potencial individual, pois ainda que sejam realizados investimentos posteriores, nem sempre é possível readquiri-lo em pleno (NCPI, 2016).

Neste sentido, importa referir que a primeira infância se edifica como a fase mais crítica e também a mais vulnerável no desenvolvimento da criança sendo um período demarcado por importantes e rápidas transformações que definirão uma grande parte da esfera psicoafectiva da criança. Nesta fase estabelecem-se as bases para o desenvolvimento moral, intelectual e emocional. Esta condição de vulnerabilidade não deve impedir quer o interesse como a compreensão das suas vontades, consagrando-se não só o respeito, como o dever de lhe providenciar condições que favoreçam um desenvolvimento global positivo, identificando os prestadores de cuidados como os principais impulsionadores desse mesmo desenvolvimento. Neste contexto, é imperativo a obrigação de atuar de modo a promover o bem, uma vez que as suas capacidades cognitivo-morais demarcam as suas tomadas de decisão. Deste modo, a maior preocupação do desenvolvimento da criança é que ela seja feliz (OE, 2010).

O desenvolvimento emocional, por sua vez, envolve o aumento da capacidade de entender, sentir e diferenciar emoções que se vão tornando cada vez mais complexas, bem como a capacidade de as autorregular, para que a pessoa se possa adaptar ao ambiente social ou atingir objetivos. Enquanto o desenvolvimento ajustável das emoções se encontra vinculado

ao bem-estar da criança, as dificuldades na regulação emocional encontram-se relacionadas a problemas comportamentais e a perturbações do humor (Rueda & Paz-Alonso, 2013). O desenvolvimento emocional ocorre paralelamente ao desenvolvimento motor e cognitivo (Vale 2012; Mendonça, 2017). Assume um papel fulcral no desenvolvimento humano, uma vez que desempenha uma função significativa quer no desenvolvimento, como na organização do *self*, favorecendo deste modo o entendimento de outras áreas de desenvolvimento (Soufre, 1995, citado por Martins, 2009).

Alguns autores têm vindo a sublinhar a centralidade do desenvolvimento emocional na organização do *self* e no desenvolvimento global, destacando o contributo que este âmbito específico do desenvolvimento oferece no entendimento de outras dimensões do desenvolvimento (Sroufe, 1995, citado por Melo, 2005). Outros, afirmam ainda que as conquistas desenvolvimentais de uma determinada fase de vida da pessoa irão ser facilitadoras ou dificultadoras das próximas. Assim, as mudanças que ocorrem em áreas como a linguagem, motora e cognitiva influenciam o desenvolvimento emocional, instigando concomitante a construção de relações e o desenvolvimento social (Campos, Frankel & Camras, 2004).

Dunn e Brown, (1994, citado por Faria, 2011) acrescentam que o que está em causa no desenvolvimento emocional é uma maior capacidade de intimidade e envolvimento com os outros, uma vez que o aprimoramento da capacidade de comunicação de estados emocionais contribui de um modo significativo para a construção de intimidade e porque no decurso do desenvolvimento, a pessoa, vai sendo cultuada em modos socialmente aceites de se comportar em relação às suas emoções.

Devido ao papel do neocórtex na antevisão, elaboração, controle e reflexão das reações emocionais, as pessoas são seres com aptidão para influenciar tanto o tipo de emoções que têm, como quando as têm e ainda como as experienciam e expressam. Não obstante, investigadores validaram ainda a presença de circuitos cerebrais que irrompem dos órgãos dos sentidos diretamente para o sistema límbico, não conduzindo a informação para o tálamo e neocórtex, o que justifica a ação impulsiva (Vale, 2012).

Pode ainda referir-se que as emoções se desenvolvem de modo ordenado e gradual e o seu emergir relaciona-se com a maturação neurológica de cada criança. As emoções mais complexas emergem a partir de emoções mais simples. Deste modo, o desenvolvimento do cérebro encontra-se diretamente ligado aos estados emocionais (Papalia & Feldman, 2013).

As emoções podem ser experienciadas com variados níveis de intensidade, de um modo rápido ou prolongado no tempo e ainda positiva ou negativamente. Moderam constantemente as situações que a pessoa vivencia, conduzindo-a à reavaliação da situação e adequação da resposta consoante a situação se desenvolve (Gross & Thompson, 2007, citado por Pinto, 2020).

Aparentemente as variáveis temperamentais também se desenvolvem ao longo do ciclo vital, conseguindo-se evidenciar alterações na regulação e reatividade emocional da pessoa, mesmo que os principais marcadores de mudança e as maiores transformações se verifiquem em idades mais precoces (Rothbart, 1994, citado por Melo, 2005). Izard e os seus colaboradores, defendem a presença de emoções pré-programadas, que são independentes das cognições, evidenciando deste modo os indispensáveis contributos do desenvolvimento neurológico no desenvolvimento emocional (Izard et al., 2002; Ackerman & Izard, 2004).

Um dos aspetos de maior relevância para a aquisição de saúde e bem-estar e ainda para a adaptação social é o desenvolvimento de competências emocionais (Mendonça, 2017). Autores referenciam que é primordial a saúde emocional para que o desenvolvimento global das crianças seja otimizado (Onchwari & Keengwe, 2011). Damásio (2003), refere que os sistemas emocionais apresentam um papel preponderante com contributos únicos no funcionamento humano. Ao mesmo tempo que influencia, o próprio desenvolvimento cerebral é influenciado pelo desenvolvimento emocional da criança (Shore, 1944, citado por Faria, 2005). Ao mesmo tempo que os circuitos cerebrais das emoções expressam a plasticidade e a capacidade de transformação cerebral, as emoções operam como uma espécie de estruturador central (Siegel, 1999, citado por Faria, 2011; Davidson, 2000, citado por Faria, 2011).

Greenberg, Kusche e Speltz (1991), propuseram um modelo ABCD (*affective-behavioral-cognitive-dynamic*), que embora não seja assumido como uma teoria do desenvolvimento emocional, intenta realizar uma leitura de integração do desenvolvimento das emoções, das manifestações do comportamento, das capacidades linguísticas e de comunicação e da compreensão cognitiva no entendimento do desenvolvimento das competências sociais e da patologia. Neste modelo, é pressuposta uma estrita ligação entre as crescentes competências emocionais das crianças e o desenvolvimento tanto da linguagem como cognitivo, o que facilita não só a capacidade de *coping* da criança, como a gestão emocional e ainda o conhecimento emocional. Isto ocorre porque a criança expande as propriedades comunicacionais acerca das emoções e dispõe de uma maior diversidade de recursos e de meios para se poder relacionar de

um modo eficaz com o outro, partilhando as não só vivências dos seus interlocutores, como o seu mundo interno (Melo, 2005).

Alguns dos modelos do desenvolvimento emocional expressam o desenvolvimento de competências emocionais que, de acordo com Gross (1999, citado por Faria, 2011) é uma capacidade de saber o modo de usar as emoções para obter uma vantagem plena.

Segundo Jones, Gelbet e Stapley (1999, citados por Vale, 2012), são três as fases do desenvolvimento emocional: aquisição, refinamento e transformação. A primeira fase, “aquisição” é composta por três aspetos relevantes, nomeadamente: afeto reflexivo, temperamento e aquisição dos rótulos para as categorias emocionais. Inúmeras pesquisas demonstraram que os bebés expressam emoções que não correspondem a comportamentos aprendidos, fazendo sim parte do repertório de reações que são inerentes à espécie humana, daí o nome de afetos reflexivos. Não obstante, as expressões emocionais exibidas pelos bebés podem ter fatores desencadeadores e intensidades diferentes, o que se relaciona com o temperamento individual. Para além da capacidade de demonstrar as reações emocionais, os indivíduos também aprendem a rotular as emoções. Grande parte desta aquisição parece acontecer de modo quase automático e surgir durante os primeiros anos de vida.

A segunda fase do desenvolvimento emocional, “refinamento”, consiste no aperfeiçoamento da fase anterior, sendo aqui que ocorrem modificações ao nível dos sinais. O grito vocal ganha a forma de algo falado ou de uma interjeição, surgindo posteriormente a associação de respostas emocionais a novas pessoas e contextos. Estes refinamentos dependem, na maioria das vezes, de treino direto ou de modelos culturais, uma vez que as emoções já adquiridas podem ser exageradas ou dissimuladas. À medida que a criança vai amadurecendo os refinamentos ocorrem na forma de descodificação e de manifestação das emoções (Jones, Gelbet & Stapley, 1999, citados por Vale, 2012).

A terceira fase do desenvolvimento emocional, “transformação”, prende-se com mudanças e abrange dois processos diferentes. O primeiro processo prende-se com o facto de diferentes estados emocionais poderem suscitar maneiras diferentes de processamento da informação, uma vez que um determinado estado emocional apresenta influência nos processos de aprender, pensar ou agir. O segundo processo remete para o facto de o processo emocional ser transformado tanto pela experiência como pelo conhecimento. Deste modo, o significado e

o contexto da emoção aparecem como uma construção pessoal (Jones, Gelbet & Stapley, 1999, citados por Vale, 2012).

2.3.1 Marcos do desenvolvimento emocional

Após a revisão dos conceitos de inteligência emocional, emoções, sentimentos e desenvolvimento emocional na primeira infância, torna-se importante indagar sobre as tarefas-chave do desenvolvimento emocional desde o nascimento até ao sexto ano de vida, uma vez que a faixa etária escolhida para a realização do Projeto de Estágio foi a primeira infância. Neste sentido, e com o intuito de facilitar a leitura, dividiu-se a temática por idades: primeiro ano de vida; dos dois aos cinco anos; sexto ano de vida.

2.3.1.1 Primeiro ano de vida

Estudos evidenciam que já no período pré-natal – desde a concepção até ao nascimento – o feto responde à voz da sua mãe, desenvolvendo por si preferência (Papalia & Feldman, 2013).

Desde uma fase muito precoce é possível detetar-se no bebé, a manifestação de emoções tanto positivas como negativas, bem como as diferenças individuais; o sorriso, por exemplo, surge poucas horas [h] após o parto (Melo, 2005). Logo após o nascimento, o recém-nascido [RN] revela sinais de interesse, de perturbação e ainda de repugnância (Papalia & Feldman, 2013). Com 36h de vida, habituado à expressividade de surpresa, alegria e tristeza, já demonstra um primeiro, rudimentar esboço de imitação (Freitas-Magalhães, 2020).

Cerca das cinco semanas já se detetam vocalizações semelhantes ao riso, e por volta dos dois meses de idade já são observáveis manifestações quer de raiva como de frustração no bebé (Rothbart, 1994, citado por Faria, 2011). Abe e Izard (1999), ao confirmar a precocidade do surgimento das expressões de determinadas emoções básicas, afirmaram que mais de 95% das expressões faciais do bebé aparentam ser de tristeza, raiva e alegria.

De acordo com Abe e Izard (1999), o primeiro marco do desenvolvimento emocional relaciona-se com a sincronização das interações que se estabelecem entre o bebé e os pais/ pessoas significativas nos primeiros três a quatro meses de vida. Numa fase inicial o bebé acompanha a expressão emocional na comunicação inter-facial, tomando gradualmente a iniciativa das trocas de afeto, aprendendo deste modo a relação existente entre o comportamento e as emoções. Esta sincronia na interação entre o bebé e os pais/ pessoas significativas apresenta um papel preponderante na capacidade de regulação emocional (Cohn et al., 1990).

Cerca dos 4 meses emerge a capacidade do lactente descentrar “a sua atenção de estímulos aversivos, competência embrionária do desenvolvimento posterior do controlo por esforço” (Rothbart 1994, citado por Melo, 2005, p. 32). Entre os quatro e os seis meses de idade começam a emergir os primeiros comportamentos de evitamento, sendo possível, a partir desta altura, observar-se comportamentos de abordagem/ aproximação relativamente estáveis até cerca dos treze meses (Rothbart, 1994, citado por Melo, 2005).

O segundo marco do desenvolvimento emocional é alcançado através da repetição contínua da sincronia das interações, resultando no estabelecimento de relações de vinculação entre os bebés e os pais/ pessoas significativas (Abe & Izard, 1999).

De acordo com Bowlby (1980, citado por Vale 2012) esta relação de vinculação estabelecida tem não só a função de proteger as crianças de diversos perigos, como providencia segurança à criança para explorar o seu ambiente. O sorriso social desempenha um papel fundamental na vinculação. Nos primeiros meses de vida, quando estimulado socialmente, o lactente sorri indiscriminadamente para o outro. No término do primeiro ano de vida, vai-se tornando mais seletivo na distribuição de sorrisos, dirigindo-os para a figura de vinculação (Sroufe, 1996, citado por Vale, 2012). Aumenta, portanto, durante este marco de desenvolvimento, a capacidade da criança de entender os outros, acentuando-se entre os 18 e os 24 meses a frequência de comportamentos empáticos (Abe & Izard, 1999).

O terceiro marco de desenvolvimento é o surgimento do comportamento social (Abe & Izard, 1999). No término do primeiro ano de vida a expressão emocional providencia ao lactente uma fonte de informação relevante ao observar quer o ambiente como os comportamentos de quem o rodeia. Cerca dos 10 meses o lactente usa a expressão facial do adulto como uma fonte de informação para interpretar situações dúbias e monitorizar o seu comportamento (Feiring,

Lewis & Starr, 1984, citados por Vale, 2012). Deste modo, ao observar as reações emocionais dos seus pais/ pessoas significativas às situações, os lactentes conseguem inferir como devem pensar, comportar-se e sentir-se (Vale, 2012).

O medo e a frustração aparentam revestir-se de alguma estabilidade no decurso do primeiro ano de vida, sendo no final deste que se inicia o desenvolvimento do sistema atencional anterior que será fortemente responsável pelo desenvolvimento da capacidade da criança se autorregular (Derryberry & Rothbarth, 2001, citados por Faria, 2011).

Durante o primeiro ano de vida, uma das principais tarefas é o princípio da modulação das experiências emocionais. Nesta fase, através da exposição às manifestações emocionais dos demais, o lactente começa a depreender as relações existentes entre o comportamento e a emoção, capacitando-se no envolvimento de interações diáticas sincronizadas (Izard et al., 2002). Autores referem que quanto maior a coordenação na interação pais/ pessoas significativas-filho, melhor será o desenvolvimento da capacidade do lactente de se acalmar e autorregular (Abe & Izard, 1999; Saarni, 1999). Estes autores referem ainda que o aparecimento de emoções positivas irá contribuir substancialmente para um desenvolvimento físico e mental saudável (Faria, 2011). À medida que os meses vão passando e o desenvolvimento vai acontecendo, vai surgindo uma maior sensibilidade quer na discriminação como no reconhecimento de expressões faciais o que, conjuntamente com a maior precisão nos comportamentos expressivos facilitará a comunicação entre os pais e os filhos, aproximando-os (Saarni, 1999).

O estabelecimento de relações de vinculação é uma das tarefas desenvolvimentais desta idade, sendo que a expressão do sorriso ou a manifestação de emoções tais como a tristeza, o interesse e a raiva assumem extrema importância neste processo (Abe & Izard, 1999).

O jogo também começa a ser integrante das relações afetivas de maior proximidade e nele começa a visualizar-se uma crescente capacidade, por parte do lactente, em manipular as suas expressões emocionais, com o intuito de regular o comportamento do adulto, por exemplo, quando simula o choro (Saarni, 1999).

Assim, do nascimento ao primeiro mês o RN/lactente demonstra uma tensão geral; revela *distress* ou satisfação a partir do primeiro mês. Por volta dos seis meses tem estabelecida a vinculação com a mãe/cuidador principal, revelando alguma ansiedade de separação. Entre os

seis e os doze meses pode evidenciar ansiedade quando exposto a pessoas/ambientes estranhos; demonstrando curiosidade cerca dos doze meses (Joyce & Keogh, 2012).

2.3.1.2 Dos dois aos cinco anos de vida

O período entre os dois e os cinco anos assume-se como uma altura de grandes mudanças. As crianças demonstram progressos significativos nas áreas da linguagem, da cognição, social e motora, tornando-se simultaneamente mais sofisticadas emocionalmente (Vale, 2012).

Por volta dos dois anos de idade, dá-se um exponencial aumento na capacidade do *toddler* em nomear as emoções. Se pelos dois anos a criança parece estar capacitada para utilizar rótulos emocionais, por volta dos três começa a falar sobre as experiências emocionais dos outros, sendo que aos quatro consegue perceber que as respostas emocionais podem diversificar de pessoa para pessoa e de contexto para contexto (Abe & Izard, 1999). Nesta etapa de desenvolvimento o conhecimento emocional é exponencialmente acelerado, iniciando-se o estabelecimento de ligações entre o sistema cognitivo e o emocional, o que facilita não só a compreensão dos outros, como a criação de relações sociais empáticas e ainda a interiorização de normas sociais através da observação das expressões faciais (Izard et al. 2002).

As crianças começam a ser capazes de representar a sua expressão emocional e a entender que o outro pode fazer o mesmo a partir dos dois anos e meio, sendo que este facto contribui significativamente para o entendimento das relações sociais, para uma maior eficácia na gestão das interações interpessoais e para o desenvolvimento da capacidade de empatia (Saarni, 1999). Aos três anos, a maioria das crianças reconhece não só as emoções individuais, como as situações que as despoletam (Vale, 2012).

Emoções referentes à consciência do *self*, como ciúme, embaraço, empatia, orgulho, vergonha e culpa, não surgem até ao terceiro ano vida, surgindo apenas após a criança desenvolver a autoconsciência, isto é, após entender que é uma entidade separada de outras pessoas e objetos (Izard & Malatesta, 1987, citados por Faria, 2011).

Cerca dos três anos a criança já conhece todas as emoções básicas, sendo nesta etapa que tende a aumentar os comportamentos de oposição e de raiva. Alguns autores creem que estas emoções são facilitadoras do desenvolvimento da consciência de um *self* autônomo e de uma maior autonomia (Abe & Izard, 1999; Dunn & Brown 1994, citados por Melo, 2005). Enquanto outros, enfatizam que o surgimento de um sentido de *self* coopera para o surgimento de fortes expressões emocionais e para o aparecimento das emoções sociais tais como a vergonha ou a culpa (Saarni, 1999, citado por Melo, 2005). Neste contexto, pode referir-se que nesta etapa, umas das tarefas do desenvolvimento emocional acomoda a manutenção de um equilíbrio entre as influências emocionais de culpa, raiva, vergonha e empatia. As crianças aprendem a usar quer a culpa como a vergonha, como um modo de regular a raiva (Abe & Izard, 1999). É por volta desta fase (entre os dois e os cinco anos) que se dá um aumento significativo das conversas entre os pais e os filhos acerca das emoções (Melo, 2005).

De acordo com Dunn e Brown (1994, citados por Melo, 2005), entre o segundo e o terceiro ano de vida emergem as emoções sociais, o que tende a auxiliar o ajustamento das atitudes da criança em concordância com o meio social onde se insere e a adoção de comportamentos pró-sociais. Contudo, estas emoções ainda não se encontram bem interiorizadas, necessitando da presença de um adulto para se manifestarem (Abe & Izard, 1999). Com a repetição das emoções sociais de cariz auto avaliativo, a criança vai-se capacitando no estabelecimento de ligações mais aprimoradas entre comportamentos, sentimentos e consequências dos mesmos. Não obstante, as outras emoções básicas continuam a ser importantes e, por exemplo, se a alegria tende a promover a interação com os pares e comportamentos de jogo, a tristeza tende a fomentar o suporte emocional e a aproximação social (Abe & Izard, 1999).

É então nesta etapa de desenvolvimento que a criança se torna capaz de lidar com as emoções sem se desorganizar, de saber esperar ou substituir os seus objetivos, de tolerar a sua frustração e de adaptar a sua expressividade emocional ao contexto. Sendo capaz de regular as suas emoções, a criança demonstra que já é mais independente dos pais, tendo uma maior independência emocional (Sroufe, 1977, citado por Faria, 2011).

Durante o período pré-escolar, a competência de autorregulação das emoções forma-se e sedimenta-se, constituindo uma característica da personalidade da criança. É uma etapa crucial uma vez que muito do que acontece nesta altura acarretará consequências no desenvolvimento da criança (Denham, 1998, citado por Faria, 2011).

Nesta fase do desenvolvimento as crianças ainda não conseguem conceber a existência de emoções ambivalentes (Harter & Buddin, 1987, citados por Faria, 2011). No respeitante às emoções expressas, as crianças de quatro anos apresentam uma compreensão limitada acerca da distinção em situações negativas, uma vez que raramente conseguem justificar uma emoção expressa e uma emoção vivenciada (Harris et al., 1986, citados por Faria, 2011). Ainda assim, aos quatro anos, na maioria das vezes, identificam as quatro emoções básicas e a expressão facial a si correspondente (Vale, 2012).

Durante a idade pré-escolar, verifica-se um aumento exponencial do conhecimento emocional. Deste modo, este conhecimento emocional promove uma compreensão mais adequada do outro, facilitando a interiorização de normas sociais. Este processo é sobretudo mediado pela observação das expressões faciais dos interlocutores que procedem à socialização do infante (Izard et al., 2002).

Até aos 3 anos de idade estabelecem-se os vínculos afetivos com os pais e outras pessoas significativas; desenvolve-se a autoconsciência; dá-se a passagem da dependência para a autonomia; o interesse por outras crianças aumenta (Papalia & Feldman, 2013).

Durante os dois até aos seis anos, os marcos/ transições mais evidentes do crescimento emocional são os seguintes: no decurso do mesmo dia experiencia variadas emoções; existe um aumento do uso da linguagem emocional e do entendimento das emoções; há uma compreensão tanto das causas como das consequências das várias emoções sentidas; surge uma capacidade crescente em adequar as emoções ao contexto social onde se encontra inserido (Joyce & Keogh, 2012).

2.3.1.3 Sexto ano de vida

Durante esta fase, o temperamento é expresso por alguma estabilidade e por uma continuidade relativa das características anteriores, havendo, no entanto, uma extrema subtilidade do sistema atencional anterior e da capacidade de autorregulação do infante (Derryberry & Rothbarth, 2001, citados por Melo, 2005). Neste sentido, importa referir que o temperamento é o modo característico do indivíduo reagir ou abordar pessoas ou situações – é

o como do comportamento: o modo como as pessoas estão naquilo que fazem e não o que fazem (Thomas & Chess, 1984, citados por Faria, 2011).

A entrada na escola demarca um período de grandes alterações. Os padrões de comunicação recíproca assumem extrema importância para o desenvolvimento da capacidade de autorregulação da criança, do desenvolvimento das suas competências sociais e da avaliação que faz de si própria. Nesta idade, as grandes tarefas com que as crianças se confrontam passam pelo desenvolvimento não só de confiança em si mesma, como de um sentido de autoeficácia, como de relações de amizade e ainda pela adaptação ao meio escolar (Cummings, Davies & Campbell, 2000, citados por Faria, 2011).

Consequente ao desenvolvimento dos recursos cognitivos da criança, aumenta a capacidade de resolução de problemas, o que incumbe o adulto a alterar os seus padrões de comunicação com o infante e a se adaptar à sua crescente capacidade de raciocínio mais elaborado e em crescente autonomia (Collins, Harris & Susman, 1995, citado por Melo, 2005). Estas competências serão fundamentais para um melhor entendimento das regras do mundo social e das interações com os mais diversificados agentes sociais (Melo, 2005).

Esta etapa é um período fulcral para o desenvolvimento tanto do autoconceito como da competência social, que é muito alimentada pela comparação com o outro. Neste sentido, a emergência de emoções sociais facilitará este processo de comparação social, sendo que as experiências afetivas contribuem de um modo significativo na criação de uma imagem de si mesmo (Abe & Izard, 1999). Importa referir que o autoconceito define a conceção que a pessoa tem de si mesma como um ser social, físico e espiritual. É, portanto, o conjunto de elementos que o indivíduo usa para se descrever, equivalendo às perceções que tem acerca de si mesmo (Harter, 1990, citado por Faria, 2011).

É esperado que nesta fase de desenvolvimento as crianças aumentem progressivamente a sua capacidade de regular e controlar a expressão das suas emoções em função do tipo de interlocutor social (Melo, 2005).

Entre os cinco e os sete anos as crianças avançam progressivamente no sentido de controlar as suas interações sociais para que possam ir ao encontro dos padrões culturais para a expressão emocional, embora ainda sejam muito dependentes do apoio dos agentes de socialização para regular as suas emoções (Saarni, 1999).

Cerca dos seis anos a criança começa a entender a existência de uma ligação entre a memória da situação elicitadora e a intensidade da emoção, compreendendo que o

esquecimento ou a recordação de um evento provocará uma emoção positiva ou negativa, conforme a emoção despoletada pelo evento. Aparentemente as crianças apresentam uma boa noção de que a emoção se dissipa com o tempo e de que o facto de não pensar num determinado acontecimento irá diminuir o seu impacto social (Harris et al., 1985, citados por Faria, 2011).

Até aos seis anos de vida, a compreensão das emoções e o autoconceito tornam-se mais complexos; a autoestima é global; a iniciativa, independência e o autocontrolo aumentam; a identidade de género desenvolve-se; o brincar torna-se mais elaborado, mais imaginativo e, regra geral, mais social; é mais comum o altruísmo, a agressão e o medo; embora o foco da vida social da criança ainda seja a família, é dada uma maior importância a outras crianças (Papalia & Feldman, 2013).

2.4 COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Durante a pesquisa bibliográfica acerca da temática do desenvolvimento emocional para a realização do enquadramento conceptual do presente relatório, foi evidenciado na literatura o termo de competência emocional. Torna-se importante referir este conceito, uma vez que permite encontrar uma confluência entre os diversos modelos teóricos da emocionalidade e ainda englobar as principais componentes das emoções (Melo, 2005). Neste sentido, o conceito de competência emocional tem sido utilizado em referência a variadas habilidades e comportamentos que se relacionam com as emoções (Miller et al., 2006, citados por Martins, 2009).

A competência emocional pode ser definida como a manifestação da eficiência pessoal nas relações sociais que evocam emoção (Saarni, 1999). É, portanto, inerente à maneira como a pessoa reage perante as emoções que experiêcia, usando intencionalmente o conhecimento que detém acerca das emoções, ajustando a sua expressão (Saarni, 1997, citado por Martins, 2009).

Ainda que se considere a competência emocional a partir de uma ótica de experiência pessoal, o facto é que ela é vivenciada em interação com os demais. Deste modo, as emoções são intrinsecamente sociais em, no mínimo, três aspetos (Campos & Barrett, 1984, citados por Vale, 2012). No respeitante à natureza interpessoal das emoções, sabe-se que o comportamento

individual dos demais no grupo irá condicionar a emoção que a criança vai ter. A informação sobre as emoções dos outros poderá moldar o comportamento que a criança com eles exibe. Quando a criança exibe uma emoção perante outrem, o modo como a expressa é uma informação relevante. A manifestação de uma emoção pode servir de condição não só para a experiência, como para a expressão das emoções dos demais. As relações e as interações sociais são definidas e conduzidas pelas transações emocionais que ocorrem dentro do grupo (Vale, 2012).

De modo a potencializar a competência social é necessário investigar minuciosamente o modo como a competência emocional permite que a criança mobilize recursos quer pessoais como ambientais para se relacionar com os seus pares (Vale, 2012). Neste sentido, refere-se que as relações afetivas emocionais formam as bases principais para o desenvolvimento social e intelectual, constituindo-se a infância como a fase que apresenta maior impacto na vida da pessoa, uma vez que as experiências vivenciadas definem hábitos emocionais e conduzirão a pessoa em todo o decurso da sua vida (Goleman, 2012, citado por Silva 2019; Pereira, 2016, citado por Silva, 2019).

São três os componentes que constituem a competência emocional, nomeadamente a expressão emocional, a regulação emocional e o conhecimento emocional (Bonhert et al., 2003, citado por Martins, 2009). Estes componentes desenvolvem-se de modo diferenciado em cada criança, sendo o seu desenvolvimento influenciado pelo seu contexto de vida (Miller et al., 2006, citado por Martins, 2009). Estabelecem entre si uma relação indissociável e de interdependência, visto que o desenvolvimento de cada um deles potencia o desenvolvimento das restantes (Saarni, 1999). A experenciação e a expressão de emoções contribuem para a compreensão das mesmas, ao mesmo passo que a compreensão contribui para os outros dois componentes (Vale, 20012).

A expressão emocional pode definir-se como o ato de enviar mensagens de caráter afetivo ou como o aspeto visível das emoções (Denham, 2007). Assim, esta competência para além de incluir a expressão da emoção, acomete a consciência de que uma mensagem afetiva deve ser enviada em concordância com o contexto onde acontece. As crianças aprendem progressivamente as expressões emocionais facilitadoras de determinados objetivos. Também aprendem que determinada mensagem que se verifica apropriada numa determinada situação, com uma determinada pessoa pode não ser noutra contexto (Vale, 2012). A capacidade de exprimir emoções adequada e positivamente é um dos fatores facilitares do desenvolvimento de relações significativas (Denham et al., 2003, citado por Martins, 2009).

A regulação emocional reside na capacidade e na flexibilidade que a pessoa tem em se ajustar às circunstâncias do momento, através da modelação de emoções (Bridges et al., 2004, citado por Vale, 2012). Contém processos intrínsecos e extrínsecos que permitem a avaliação, monitorização e alteração de respostas emocionais, adequando-as aos objetivos estabelecidos pela criança para a interação (Thompson, 1994, citado por Martins, 2009). De modo que a regulação emocional seja efetiva, é preciso que a criança consiga identificar as emoções sentidas, como interpretar e avaliar os sinais emocionais transmitidos pelos demais, adequando as suas respostas. A criança deve também ser capaz de moderar a intensidade da emoção ao nível ajustado do contexto em que ocorre (Denham, 2007).

O conhecimento emocional permite que a criança identifique e compreenda corretamente os sinais emocionais das pessoas com as quais interage, regulando o seu comportamento de acordo com as expectativas dos mesmos (Ackerman & Izard, 2004). Assim, medeia a regulação emocional da criança, constituindo-se um elemento fulcral na comunicação emocional (Ackerman & Izard, 2004; Alves & Cruz, 2016; Izard et al., 2001). Não obstante, compreender as emoções no decurso de uma interação social não é fácil, sendo uma tarefa que se vai aperfeiçoando ao longo do ciclo de vida (Vale, 2012). Nas crianças, principalmente pelas suas limitações verbais, as emoções enquanto sinais sociais, assumem extrema importância, uma vez que apresentam um carácter imediato e relevante na interação social. Ainda assim, à medida que as competências linguísticas e cognitivas amadurecem, a criança vai construindo um conhecimento coerente sobre as emoções que experiencia e que reconhece nos demais (Denham, 1998, citado por Vale, 2012).

3. UM CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: PROJETO DE ESTÁGIO

Para a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista, para além do desenvolvimento das competências de Mestre e de Especialista, há um conjunto de requisitos a cumprir, que devem ser desenvolvidos durante todo o percurso do estudante. Neste contexto inserem-se as Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final, cujos objetivos apontam para que o estudante: demonstre capacidade reflexiva crítica acerca da prática clínica; fundamente as decisões não só na teoria como na evidência científica; relate e avalie quer o desenho como a implementação de um projeto; apresente um relatório, discutindo o mesmo em provas públicas (Chora et al., 2019).

O percurso realizado iniciou-se na consecução de um Projeto de Estágio, no âmbito de uma temática escolhida pelo estudante, cujo interesse fosse transversal aos múltiplos contextos de estágio, culminando na elaboração do presente relatório. No percurso realizado no âmbito do Curso de Mestrado, através da análise do PNSIJ (DGS, 2013), denotou-se o novo enfoque dado às questões emocionais. Aliando esta questão ao interesse pessoal acerca da temática das emoções e ainda à fase pandémica que vivenciamos devido ao Covid-19 surgiu o Projeto de Estágio – O desafio do sentir: um caminho para a promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância.

Neste contexto, é importante mencionar que com a pandemia por Covid-19 têm vigorado medidas como distanciamento social e isolamento. Inclusivamente, o uso de máscara tapa uma das expressões que mais conforta o ser humano – o sorriso. Desde que surgiu, a pandemia por Covid-19, tem apresentado um impacto negativo na maioria dos pilares em que a sociedade se sustenta, nomeadamente saúde, mobilidade, trabalho, comunicação, economia e relacionamento social/ familiar e interpessoal.

O impacto na saúde das diversas populações e a velocidade de transmissão da informação gera nas pessoas sentimentos frequentes de angústia, ansiedade, medo e apresenta implicações tanto diretas como indiretas na saúde mental social e individual. Estas implicações, por sua vez, apresentam um peso significativo nos adultos, nas crianças e nos adolescentes (DGS, 2020). Neste contexto, múltiplos são os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos, com o intuito de avaliar o impacto da pandemia no desenvolvimento psicológico tanto das crianças

como dos adolescentes, denotando-se que os problemas comportamentais e emocionais mais frequentes são a irritabilidade, a distração, o medo do contágio e a dependência excessiva dos familiares. Verificaram-se ainda situações de anorexia, perturbações do sono e pesadelos, agitação e sintomas físicos. O distanciamento social a que têm sido sujeitas, nos últimos tempos, pode acentuar ou fazer emergir dificuldades comportamentais e funcionais nas pessoas, sendo as crianças um grupo de grande vulnerabilidade (NPCI, 2020; Figueiredo, 2020; Jiao et al., 2020).

Face ao exposto, surgiu a necessidade de analisar a evidência científica existente acerca das repercussões da pandemia no desenvolvimento infantil. Realizou-se então uma *Scoping Review*, intitulada “As Repercussões da pandemia Covid-19 no desenvolvimento infantil – implicações para enfermagem: uma *Scoping Review*”, cujo resumo se encontra no Apêndice L. Pretendeu-se, com o artigo responder à seguinte questão: “Como pode o EEESIP gerir as repercussões no desenvolvimento infantil em contexto de pandemia por Covid-19?”.

Através da análise da evidência científica denotou-se que as mudanças ambientais associadas à pandemia por Covid-19 afetam significativa e negativamente o desenvolvimento infantil. Devido à pandemia as crianças estão sujeitas a modificações estruturais na sua vida que podem resultar em alterações de humor, sintomas de stresse, depressão ou ansiedade. O isolamento apresentou efeitos adversos que se manifestaram em ansiedade, alteração nas rotinas diárias, interação social interrompida, aumento do uso de tecnologia e problemas escolares. Durante o confinamento aumentaram a prevalência de dificuldade total, de problemas de conduta, de problemas de pares, de hiperatividade e défice de atenção e de problemas emocionais. As epidemias podem gerar altos níveis de stresse nos pais e nas crianças, causando consequências mentais e emocionais. Quanto maior o número de experiências adversas às quais a criança está exposta, maior o risco de atraso no desenvolvimento. Há evidências significativas de diminuição da função cognitiva e no desempenho em crianças que nasceram durante a pandemia. Atestou-se ainda que se prevê, que num período pós-pandémico, que a incidência de ideação suicida, de suicídios e de transtornos mentais possa aumentar, uma vez que o impacto da restrição de contactos com os pais/ cuidadores pode comprometer o desenvolvimento da saúde mental infantil. Assim, tornou-se importante nortear o Projeto de Estágio tendo por base a temática da promoção do desenvolvimento emocional, com o intuito de minimizar as consequências da pandemia.

Para realizar o Projeto de Estágio recorreu-se à metodologia de projeto. O objetivo principal desta metodologia é a resolução de problemas, uma vez que visa a identificação destes

problemas e a sua resolução através de ações práticas. Constitui-se, então, como uma interface entre a teoria e a prática, visto que o seu sustento é o conhecimento teórico para que posteriormente se possa aplicar na prática. As fases que constituem a metodologia de projeto são as seguintes: realização do diagnóstico de situação; planificação das atividades, estratégias e meios; execução das atividades previamente planeadas; avaliação; divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

O planeamento do projeto é a fase onde se realiza um plano minucioso do projeto, cobrindo as variadas vertentes da gestão, nomeadamente na calendarização das atividades, os recursos necessários, a engenharia do *software*, os riscos e a qualidade (Miguel, 2006, citado por Ruivo et al., 2010). De acordo com Ruivo et al. (2010), durante esta etapa da metodologia de projeto definem-se as atividades, delineiam-se as estratégias, estipulam-se os recursos e elabora-se o respetivo cronograma. O planeamento do Projeto de Estágio realizado encontra-se esquematizado em tabela no Apêndice C.

A avaliação e a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória aos pais/familiares “para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” é uma das áreas de atuação particular do EEESIP. São competências específicas do EEESIP: assistir a criança/jovem e a sua família na potencialização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e sua família em situações de complexidade especial; prestar cuidados específicos, respondendo às necessidades do desenvolvimento e do ciclo de vida da criança/jovem. Sendo que, de tantas outras especificidades que competem a este profissional: é expectável que comunique com a criança e a família usando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento da criança; que recorra a estratégias motivadoras da criança e da família para que assumam os seus papéis em saúde; que facilite uma comunicação expressiva de emoções; que identifique evidências emocionais e fisiológicas de mal-estar psicológico (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho de 2018, p.1912). Neste contexto, consegue evidenciar-se a pertinência da aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.

De referenciar, ainda, que o EEESIP, exerce a sua prática tendo por base um modelo conceptual de cuidados centrados na criança e na família utilizando sempre este binómio (criança/família) como o beneficiário dos cuidados, trabalhando sempre em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho de 2018). Por este motivo, aliada à teoria de Watson, todas as atividades realizadas tiveram por base os CCF.

Neste contexto importa referir que o Estágio I foi realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] inserida num Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve – Barlavento II, e o Estágio Final no Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] – numa das Unidades Locais de Saúde, nos Serviços UCIN, SUP e SIP, respetivamente. Todos os estágios foram realizados com a supervisão de um EEESIP e da Professora Ana Lúcia Ramos e decorreram em períodos de seis semanas. O cronograma de estágio encontra-se no Apêndice A.

3.1 ESTÁGIO I: CUIDADOS NA COMUNIDADE

Neste contexto de estágio pretendeu-se observar e integrar as atividades desenvolvidas pela Enfermeira Orientadora, bem como evidenciar o papel do EEESIP em contexto de CSP. Importa referir que para tal, para além da integração nas consultas de vigilância de saúde infantojuvenil na UCSP, surgiu ainda a oportunidade de conhecer a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] e alguns dos projetos de saúde infantil onde o EEESIP desenvolve atividades, tais como o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI] e o Gabinete de Apoio à Saúde Mental Infantil [GASMI]. Por questões relacionadas com a pandemia por Covid-19 o contacto com a Saúde Escolar foi apenas de consulta de atividades que a UCC desenvolve com a comunidade educativa.

A UCSP onde foi desenvolvido o Estágio I integra a Administração Regional de Saúde do Algarve e dispõe de duas extensões, de modo a dar resposta às necessidades de saúde, a nível de CSP, da área geográfica do concelho. Foi numa dessas extensões da UCSP que se desenvolveu o estágio.

Do ponto de vista estrutural, a extensão onde foi realizado o Estágio I, apresenta uma sala de espera, um balcão administrativo, três gabinetes médicos, uma sala de tratamentos e dois gabinetes de enfermagem, sendo que um deles se encontra adequado e adaptado para a realização de consultas de saúde infantojuvenil, direito expresso na Carta da Criança nos CSP:

Deve oferecer-se às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas e afetivas quer no aspeto do equipamento como no do pessoal e da segurança. A unidade de saúde deve ser acessível a todos os utentes, em especial às crianças. Deve ter espaços adequados às necessidades das crianças (“amigos das crianças”) através de ilustrações, por exemplo, bem como na disponibilização de material lúdico higienizável adaptado às diferentes faixas etárias (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2021, p.3).

Do ponto de vista organizacional, a equipa desta extensão é constituída por um assistente técnico, três médicos e duas enfermeiras, sendo uma delas EEESIP. As consultas de saúde infantojuvenil geralmente são realizadas às segundas e às terças-feiras, no entanto se houver necessidade de uma deslocação da criança e família à unidade de saúde para realização de uma consulta de enfermagem que não esteja previamente marcada, com o intuito de realização de um procedimento (como por exemplo teste de diagnóstico precoce, avaliação ponderal, vacinação, entre outros) é sempre realizada uma marcação consoante a disponibilidade do Serviço, da equipa de enfermagem e da criança/ família.

3.1.1 Diagnóstico de situação

A primeira fase da metodologia de projeto é constituída pelo diagnóstico de situação, etapa cujo objetivo é a realização de um mapa cognitivo acerca da situação-problema que foi identificada (Ruivo et al, 2010). É um processo dinâmico e contínuo, onde se definem os problemas e se estabelecem as prioridades referenciando-se as prováveis causas e posteriormente selecionando-se os grupos intervenientes e os recursos. Para estabelecer o diagnóstico de situação é então necessária a definição do problema, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as prováveis causas de modo que, posteriormente, se consiga seleccionar quer os recursos como o grupo (os grupos) interveniente(s) (Imperator, 1892, citado por Ruivo et al., 2010). No respeitante ao problema, este é identificado através da prática clínica e centrado nas tarefas que o enfermeiro executa diariamente. São múltiplos os métodos existentes para elaborar o diagnóstico de situação (Ruivo et al., 2010).

Assim, é importante referir que a identificação do problema face a temática proposta para a implementação do Projeto de Estágio, partiu de variados fatores, nomeadamente: a prática clínica, o contexto pandémico que vivenciamos, a revisão da literatura e uma entrevista à Enfermeira Orientadora.

Aliando estes fatores mencionados, denotou-se que existem escalas e métodos para avaliar o crescimento e o desenvolvimento infantil, que descuram a avaliação da competência emocional. Se o EEESIP não consegue avaliar mensuravelmente como consegue intervir do modo mais adequado possível? Surge então a necessidade de intervenção neste âmbito.

3.1.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação

De acordo com Mão de Ferro (1999, citado por Ruivo et al., 2010), os objetivos encaminham-nos para os resultados que se pretende atingir. Deste modo, apresentam-se “como representações antecipatórias centradas na acção [sic] a realizar” (Barbier, 1996, citado por Ruivo et al., 2010, p. 18). A avaliação, por sua vez, é efetuada após a realização e implementação do projeto e apresenta um papel preponderante; deve apreciar o resultado final. Pode assumir variadas formas, particularmente a verbalização individualizada ou em grupo, segundo modelos previamente executados (Leite et al., 1989, citado por Ruivo et al., 2010). Implica a averiguação da consecução dos objetivos que inicialmente foram definidos (Ruivo et al., 2010).

O objetivo geral definido no Projeto de Estágio foi transversal a todos os contextos de estágio, sendo o seguinte: **Promover o desenvolvimento emocional na primeira infância.**

De modo a atingir o objetivo geral, delinearam-se objetivos específicos, consoante o contexto de estágio. Neste estágio em particular, os objetivos específicos foram os seguintes:

1: Aprofundar conhecimentos acerca do desenvolvimento emocional na primeira infância, bem como da sua promoção e avaliação.

Para atingir este objetivo, desenvolveram-se as seguintes atividades: realização de pesquisa bibliográfica acerca do desenvolvimento emocional na primeira infância; observação das consultas de enfermagem, com intuito de perceber o modo como se promove e avalia o desenvolvimento emocional na primeira infância; realização de pesquisa bibliográfica acerca da promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância em contexto de CSP; realização de pesquisa bibliográfica sobre escalas de avaliação do desenvolvimento emocional na primeira infância.

Embora a preocupação com as questões emocionais seja exponencialmente crescente, verifica-se que a literatura acerca da temática é antiga, que na maioria das vezes se encontra escrita em língua estrangeira e que nem sempre os descritores selecionados para executar a pesquisa encaminham às questões que se procura responder. Por exemplo, se se quiser perceber como o desenvolvimento emocional ocorre na primeira infância, encontra-se uma panóplia de artigos de revisão que não são explícitos. Facilmente se encontra literatura acerca

do crescimento e do desenvolvimento infantil: como ocorre, marcos importantes, como se avalia, quais os sinais de alerta, entre outros. No entanto, se a pesquisa for direcionada com o intuito de responder a estas questões a nível emocional, verifica-se a escassez de informação pertinente e devidamente fundamentada.

Em CSP, as consultas de saúde infantojuvenil seguem as linhas orientadoras do PNSJ. Ao analisar este documento, percebe-se que se pretende apostar em questões relacionadas com o desenvolvimento emocional, contudo fica implícito o modo como essa aposta deverá ser feita. No decurso das consultas, é notório que as avaliações do crescimento e do desenvolvimento acabam por se centrar no desenvolvimento psicomotor e seguindo a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan modificada as áreas de competências avaliadas centram-se na audição e linguagem, no comportamento e adaptação social, na postura e motricidade global, na visão e motricidade fina, descurando então a competência emocional (DGS, 2013; Silva et al., 2018). Coloca-se então a questão: se não se consegue mensurar, como se conseguirá intervir adequadamente?

Nesta ótica, iniciam-se as pesquisas de escalas de avaliação de desenvolvimento emocional validadas, deparando-se novamente as mesmas questões: poucos são os instrumentos que existem validados e traduzidos para a língua portuguesa, ou não avaliam as questões às quais se procura dar resposta. Denota-se então a necessidade de intervenção nesta área de modo a conseguir intervir precoce e adequadamente, obtendo conseqüentemente ganhos em saúde.

Quando se realiza pesquisa bibliográfica acerca da promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância em contexto de CSP, denota-se que é dado uma maior ênfase à promoção do desenvolvimento emocional em contexto de Saúde Escolar, não aproveitando a excelente oportunidade que é a consulta de enfermagem de saúde infantojuvenil para a promoção do desenvolvimento emocional, verificando-se novamente a necessidade de intervenção neste âmbito.

2: Conhecer a atuação da equipa de enfermagem referente à promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância.

De modo a alcançar este objetivo, foram realizadas as seguintes atividades: apresentação da área temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador;

realização de entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber as práticas existentes para a promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância; observação e integração nas consultas de enfermagem de saúde infantojuvenil, tendo em especial atenção o enfoque dado a questões emocionais na primeira infância.

Tendo sido o estágio realizado numa extensão da UCSP, a apresentação da área temática a trabalhar à Enfermeira Chefe e à Enfermeira Orientadora foi realizada em momentos diferentes. Ainda assim, a referência à pertinência e importância da temática foi expressa por ambas.

Quando realizada a entrevista à Enfermeira Orientadora, denotou-se que existe uma preocupação com a gestão emocional da criança quando recorre ao Serviço e que existe a necessidade de perceber a interação da criança com os demais, ficando implícito assim o desenvolvimento de competências emocionais, intervindo através da capacitação quando necessário (ações estas que se podem assumir como promotoras do desenvolvimento emocional). Contudo, foi difícil a descrição de atividades promotoras do desenvolvimento emocional na primeira infância.

O mesmo se tornou evidente com a observação e integração nas consultas de saúde infantojuvenil: a promoção do desenvolvimento emocional está sempre implícita nas consultas de enfermagem quer através da promoção da vinculação, como através da prestação de cuidados numa filosofia de cuidados atraumáticos. Também quando capacitados os pais para os cuidados promotores do desenvolvimento se encontra implícita a promoção do desenvolvimento emocional.

3: Sensibilizar os profissionais de saúde para a avaliação do desenvolvimento emocional na primeira infância através de um instrumento fiável.

Para atingir este objetivo, foram desenvolvidas as seguintes atividades: realização de entrevista aos enfermeiros do Serviço com o intuito de identificar os conhecimentos da equipa acerca do desenvolvimento emocional e da sua avaliação; realizar uma sessão de formação de modo a realçar a importância de avaliar o desenvolvimento emocional na primeira infância, enfatizando o privilégio da consulta de saúde infantojuvenil.

Com a entrevista apurou-se a existência de preocupação com as questões emocionais, no entanto o conhecimento acerca do desenvolvimento emocional, de competências emocionais e de avaliação do desenvolvimento emocional é um tanto empírico. Nesta perspectiva, torna-se importante referir que um dos critérios de elegibilidade das crianças para o SNIPI é o atraso do desenvolvimento emocional. Quando questionada uma enfermeira da UCC que integra o SNIPI sobre como era percebido e mensurado este atraso de desenvolvimento emocional, a dificuldade na resposta foi evidente.

Tornou-se então incontestável a necessidade de realçar a importância de avaliar o desenvolvimento emocional na primeira infância, através de um instrumento fiável. Para atingir este fim, foi realizada uma sessão de formação, onde foi dada a conhecer uma proposta de procedimento de enfermagem de avaliação de desenvolvimento emocional em consulta de saúde infantojuvenil, ação que visou a consecução do objetivo seguinte. A fundamentação teórica/ justificação da mesma intenta despertar os enfermeiros para importância da preocupação com as questões do desenvolvimento emocional infantil durante a primeira infância, ao mesmo passo que fomenta o uso de um instrumento de avaliação fiável.

4: Capacitar os profissionais de saúde para a utilização de uma escala de avaliação de desenvolvimento emocional.

De modo a alcançar este objetivo, foram realizadas as seguintes atividades: elaboração de uma proposta de procedimento de enfermagem de avaliação de desenvolvimento emocional em consulta de saúde infantojuvenil; avaliação da proposta de procedimento através de entrevista à Enfermeira Orientadora; divulgação do instrumento criado, com o intuito de promover a sua utilização no decurso das consultas de enfermagem de saúde infantojuvenil.

No decurso do estágio emergiu a preocupação da utilização de um instrumento de avaliação que quantificasse/ mensurasse o desenvolvimento emocional da criança, de modo que se consigam despistar precocemente situações-problema, adequando as intervenções de enfermagem, bem como o encaminhamento adequado quando necessário. Neste sentido, foi realizada pesquisa bibliográfica direcionada ao encontro de um instrumento de avaliação do desenvolvimento emocional, traduzido e validado em Portugal, em variadas bases de dados e livros. Com a revisão da literatura, denotou-se a escassez de instrumentos que permitam avaliar e mensurar o desenvolvimento emocional durante a primeira infância.

Ainda que existam escalas como a *Behavioral and Emotional Rating Scale*, que avalia as competências e forças das crianças dos 5 aos 18 anos, ou a *Assessment of Children's Emotion Skills*, que avalia o conhecimento emocional em crianças, denotou-se que as mesmas não se adequavam aos objetivos da presente proposta de procedimento (Pinto & Raimundo, 2016). O instrumento de avaliação que revelou maior pertinência, de acordo com os objetivos definidos, encontra-se descrito no Manual de Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento da Infância, no anexo A: Avaliação de etapas e de competências do desenvolvimento. Este instrumento pretende avaliar o desenvolvimento do bebé/ criança, dos zero aos cinco anos através dos múltiplos domínios de competências: emocional, social-relacional, linguagem-comunicação social, cognição e motor (ZERO TO THREE, 2020).

Tendo então por base a tabela de avaliação de etapas e competências do desenvolvimento descrita no manual citado, foi realizada uma proposta de procedimento de enfermagem de avaliação do desenvolvimento emocional em consulta de saúde infantojuvenil, enfatizando apenas o domínio emocional. Com esta proposta de procedimento pretende-se avaliar o desenvolvimento emocional infantil através de um instrumento fiável. São então objetivos específicos do instrumento criado: mensurar o desenvolvimento emocional; promover o desenvolvimento emocional; detetar situações-problema relacionadas com o desenvolvimento emocional; intervir precocemente em situações de risco, adequando as intervenções de enfermagem; encaminhar, quando necessário, as crianças cujo desenvolvimento emocional não seja adequado. No Apêndice E pode consultar-se o documento citado.

Quanto à divulgação do instrumento criado, foi realizada uma sessão de formação recorrendo ao método expositivo, sem recurso a outros meios se não a proposta desenvolvida, uma vez que, por motivos diversos, a equipa da extensão onde decorreu o estágio estava reduzida a apenas uma enfermeira. Ainda assim, foi dado a conhecer o instrumento à Enfermeira Chefe do Serviço, com o intuito de promover a sua utilização no decurso das consultas de enfermagem de saúde infantojuvenil.

Após toda a descrição acima realizada pode referir-se que, com a execução do Projeto de Estágio, as ações a realizar para atingir os objetivos previamente delineados foram, ainda que com graus de dificuldade distintos, todas desenvolvidas, tendo os objetivos sido consequentemente atingidos.

3.2 ESTÁGIO FINAL: UCIN

Iniciou-se o Estágio Final, que se dividiu em três contextos, sendo o primeiro a UCIN. Teve a duração de seis semanas, tendo sido realizado entre 13 de setembro de 2021 e 22 de outubro de 2021. Com este estágio pretendeu-se observar e integrar as atividades desenvolvidas pela Enfermeira Orientadora, em contexto de UCIN, de modo a desenvolver as competências preconizadas para obtenção do título de EEESIP.

Os objetivos gerais e específicos do Projeto de Estágio, bem como as atividades a desenvolver para os atingir neste contexto de estágio encontram-se esquematizados em tabela no Apêndice C, referente ao planeamento do Projeto de Estágio.

Do ponto de vista estrutural, a UCIN é composta por uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos que tem a capacidade para três camas, sendo uma delas de isolamento respiratório (preparada especificamente para situações de diagnóstico positivo a Covid-19), por um berçário que tem a capacidade para seis RN e pela UCIN propriamente dita, que tem capacidade para cinco incubadoras intensivas e sete incubadoras intermédias, perfazendo o total de doze vagas. Existe ainda uma sala de estar para os pais e um consultório onde se realizam meios complementares de diagnóstico, como ecocardiogramas.

Do ponto de vista organizacional, no respeitante à equipa de enfermagem, a mesma é composta por quarenta e três enfermeiros, dos quais, incluindo o enfermeiro gestor, dezoito são EEESIP, e vinte e cinco são enfermeiros generalistas. Os cuidados mínimos são assegurados por sete enfermeiros no turno da manhã e cinco nos turnos da tarde e da noite, respetivamente. A metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros da UCIN é o método individual de trabalho por enfermeiro responsável. Não obstante é evidente o espírito de equipa e de entajuda entre os profissionais.

Embora um dos turnos realizados tenha sido em contexto de berçário (local para onde se transferem os bebés cuja alta está iminente e que já não necessitam de cuidados de saúde tão específicos), o estágio desenvolvido restringiu-se muito à UCIN, onde há um maior contacto com recém-nascidos pré-termo e as suas famílias. Neste sentido, importa referir que quando nasce um bebé prematuro e/ou portador de anomalias congénitas, a imagem do bebé imaginário que foi concebida no decurso da gravidez é desconstruída, surgindo sentimentos negativos consequentes do medo do desconhecido, da perda do filho imaginário e da

possibilidade de perda do filho real (Magalhães et al., 2014, citado por Exequiel et al., 2021; Marchetti & Moreira, 2015, citado por Exequiel et al., 2021; Almeida et al., 2018, citado por Exequiel et al., 2021). As mães sentem desconforto face a esta situação que lhes é imposta: ao entender que o filho real é diferente daquele com o qual sonharam, passam por um processo de luto pelo filho idealizado, vivenciando simultaneamente o processo de adaptação ao filho real que precisa de ser internado numa UCIN. Assim, ao experienciar esta situação emergem sentimentos de medo, dor e angústia (Rocha et al., 2018, citado por Exequiel et al., 2021).

A vivência do internamento de um RN em UCIN é um momento gerador de stresse para a mãe e restante família, uma vez que expõe o cuidador do bebé (geralmente a mãe) a limitações, impedimentos e situações que alteram a relação com o trabalho, familiares, companheiros e amigos. Este facto impõe a necessidade de reorganização familiar para atender à nova rotina (Vieira et al., 2012, citado por Lima & Smeha, 2019).

A notícia da necessidade de internamento do RN na UCIN faz emergir sentimentos densos que são, na maioria das vezes, despertados pelos sentimentos de perda, de receio quanto ao ambiente hospitalar que para além de temido, é desconhecido e pelo distanciamento entre a mãe e o filho, após o nascimento (Luz et al., 2019, citado por Exequiel et al., 2021). Em paralelo ao internamento na UCIN, dá-se o luto da mãe pela perda do bebé imaginário/perfeito, e a adaptação da mesma ao bebé real, que necessita de cuidados de saúde especializados. O distanciamento causado pela hospitalização dificulta a criação do vínculo mãe/filho, afetando a intimidade materna, sendo necessário minimizar os danos causados por toda esta complexa situação e pela hospitalização do RN logo após o nascimento (Andrade, 2015, citado por Exequiel et al., 2021; Lelis et al., 2018, citado por Exequiel et al., 2021).

Quando o bebé nasce pré-termo e emerge a necessidade de cuidados de saúde especializados, a mãe torna-se uma mera expectadora dos cuidados que são prestados pela equipa de saúde. Olhar para um cenário composto por múltiplas luzes, fios/tubos, aparelhos e profissionais; a estimulação sonora de alarmes e ruídos são fatores que produzem incertezas e inseguranças à mãe, em relação à vida do bebé fora daquele ambiente (Araújo & Rodrigues, 2010, citado por Cruz et al., 2016).

Assim, o internamento do RN pré-termo na UCIN quebra o vínculo que foi estabelecido entre o binómio mãe-bebé desde a gravidez, causando sentimentos ambíguos: alegria pela sobrevivência, e tristeza e angústia pela inevitável separação (Cruz et al., 2016).

Com o parto precoce, a mãe também se sente prematura e, muitas vezes, não se sente preparada para cuidar do seu bebê, reagindo de modos diferentes: enquanto umas mães tentam fugir da situação para não se responsabilizarem pelo cuidar de um RN pré-termo, outras tentam estar presentes durante todo o tempo, de modo a que consigam interagir com o seu filho e a se sentirem capacitadas para cuidar do bebê (Cruz et al., 2016). Assim, importa referir que o momento da primeira visita ao ambiente da UCIN, também é experienciado com algum sofrimento, sendo os sentimentos mais referidos pelas mães, durante o internamento dos filhos na UCIN a preocupação, o medo, a angústia e a tristeza (Lima & Smeha, 2019). Alguns pais referem sentir-se tristes por ver os filhos internados na UCIN, acrescentando sentir medo de pegá-los ao colo, ao mesmo tempo que surge a vontade de levá-los para casa e retirá-los do ambiente hospitalar (Maia et al., 2012, citado por Exequiel et al., 2021).

A fragilidade do RN prematuro origina insegurança nas mães, que se reflete através de sentimentos de impotência, visto que a mãe não consegue suprir as necessidades do seu filho sozinha, necessitando de apoio de profissionais de saúde especializados para estabilizar a saúde do bebê (Melo et al., 2016, citado por Exequiel et al., 2021).

Face à situação de vulnerabilidade do RN, surgem sentimentos de tristeza e de medo. Ainda que, reconheçam a importância do internamento na UCIN para a reconstrução da vitalidade do RN, o temor e a angústia que se alimentam pelo medo da perda, misturam-se com a alegria em saber que o filho está vivo e se encontra a receber os cuidados necessários para a sua recuperação (Lima et al., 2017, citado por Exequiel et al., 2021). A mãe sente-se frustrada devido ao facto de não poder pegar o seu filho ao colo, aconchegá-lo e embalá-lo (Martins et al., 2015, citado por Rolim et al., 2016). Mesmo quando surge a possibilidade de poder tocar e acariciar o bebê na incubadora, muitas mães sentem medo diante esta situação. Medo este, que é justificado pela autoestima afetada, pela falta de autoconfiança na capacidade de cuidar do RN e pelo ambiente da UCIN (Rolim et al., 2016).

3.2.1 Diagnóstico de situação

Foi dado a conhecer à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Chefe do Serviço a temática onde se inseria o Projeto de Estágio, numa reunião inicial, tendo sido também objetivo identificar a maior necessidade de intervenção para promoção do desenvolvimento emocional

do RN. No decurso deste encontro, foi referido pelas enfermeiras que a UCIN onde foi realizado o estágio é acreditada pelo Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP®], o qual intenta minimizar o impacto negativo do ambiente da UCIN (ruído, luz e procedimentos dolorosos) no RN prematuro, fora do útero da mãe (Santos, 2011; Guimarães, 2015). Neste contexto importa referir que se encontram implementadas no Serviço, normas cujo objetivo geral é a promoção do desenvolvimento do RN (incluindo o emocional), pelo que se evidenciou que a necessidade de intervenção seria maior com os pais/ famílias dos RN.

Aliando a prática clínica à fundamentação teórica e à entrevista realizada, denotou-se que embora os pais sejam envolvidos nos cuidados e exista uma preocupação em promover uma comunicação expressiva de emoções, devido à situação da prematuridade e à necessidade de internamento, os pais/ famílias encontram-se expostos ao stresse e à angústia, sendo difícil a gestão destes sentimentos. Recorrendo à teoria, percebe-se que quando os pais estão expostos a vivências emocionais intensas e não conseguem gerir as emoções do melhor modo possível, o desenvolvimento do RN (principalmente o emocional) será afetado.

Neste sentido, ressaltou a necessidade de intervenção junto dos pais, de modo a promover o seu bem-estar emocional, promovendo consequentemente o desenvolvimento emocional do RN.

3.2.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação

O objetivo geral delineado no Projeto de Estágio foi **promover o desenvolvimento emocional na primeira infância**. De modo a alcançar este objetivo, delinearam-se os objetivos específicos:

1: Aprofundar conhecimentos acerca das competências emocionais do RN, bem como da promoção do desenvolvimento emocional do RN.

Para atingir este objetivo, desenvolveram-se as seguintes atividades: realização de pesquisa bibliográfica acerca das competências emocionais do RN; realização da pesquisa bibliográfica acerca da temática do desenvolvimento emocional do RN; realização de pesquisa

bibliográfica sobre as vivências dos pais/ famílias cujos filhos necessitam de internamento em UCIN.

Não foi difícil a consecução deste objetivo, uma vez que múltiplos são os artigos e estudos que se encontram em bases de dados acerca da temática do desenvolvimento emocional do RN e da importância da vinculação entre a díade mãe-bebé, no sentido de potenciar o desenvolvimento de competências emocionais e ainda do papel do EEESIP em promover esta vinculação. Também se destacam múltiplas dissertações de mestrado neste âmbito. A problemática do RN internado em UCIN e das vivências dos pais/ famílias também tem sido alvo de atenção de inúmeros investigadores ao longo do tempo, elucidando os profissionais para uma série de situações-problema, tornando-se claro o modo de exercer tendo por base uma prática evidenciada na científica.

2: Conhecer a atuação da equipa de enfermagem referente ao desenvolvimento emocional do RN.

Para atingir este objetivo, foram desenvolvidas as seguintes atividades: apresentação da área temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador; leitura das normas de procedimento do Serviço no respeitante à promoção do desenvolvimento infantil (incluindo o emocional); realização de uma entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber as práticas promotoras do desenvolvimento emocional do RN existentes no Serviço; observação e integração das atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora.

A apresentação da área temática a desenvolver à Enfermeira Chefe do Serviço e à Enfermeira Orientadora foi realizada numa reunião inicial, tendo sido expressa por ambas a pertinência e importância do âmbito de intervenção. Como já referido, uma vez que a UCIN implementa o programa NIDCAP®, existem algumas normas no Serviço cujo objetivo é a promoção do desenvolvimento do RN.

Neste contexto, importa salientar que o NIDCAP® é um modo holístico e integrado dos cuidados de desenvolvimento centrados tanto no RN como na família. Estes cuidados obedecem a linhas de orientação para cada RN (Guimarães, 2015). O NIDCAP®, foi desenvolvido no início da década de 80, para responder a preocupações acerca da influência negativa do ambiente das UCIN em RN pré-termo. Ao longo do tempo, o conceito expandiu de modo a englobar não só os

aspectos físicos do ambiente, como todos os procedimentos do cuidar e ainda os aspectos sociais envolvidos (Santos, 2011).

O Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento pretende diminuir o impacto de todas as influências negativas do ambiente da UCIN (exposição ao ruído, à luz e a procedimentos dolorosos) no cérebro imaturo do RN, facilitando ou promovendo, concomitantemente, os aspectos que o influenciam favoravelmente, de modo a melhorar o desenvolvimento cerebral e os resultados a médio e longo prazo (Guimarães, 2015). O modelo visa, então, criar uma relação que se baseie num ambiente de suporte tanto para o RN como para a família, propondo que as interações relativas ao ambiente e aos cuidados devem atender aos subsistemas do RN (Santos, 2011).

O objetivo do NIDCAP® é melhorar as consequências da prematuridade tanto na criança, como na família, a longo prazo, sendo elementos-chave do programa os seguintes: coordenação; avaliação; ambiente tranquilo; consistência no cuidar; agrupamento de cuidados; adequado posicionamento; momentos para a o contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação; conforto à família (Santos, 2011).

Os aspectos que integram a filosofia NIDCAP® são os seguintes: respeito pelo RN e família, salientando os pontos fortes; honestidade nas informações providenciadas; colaboração com a família em todos os aspectos necessários; promoção do aleitamento materno; promoção do contacto pele-a-pele e da parceria de cuidados; facilitação das atividades de apoio de pais para pais; permissão de presença ilimitada dos pais nas unidades; participação dos pais na tomada de decisão e nos cuidados; participação nas visitas médicas; transição para a alta e cuidados no domicílio; apoio a populações específicas (famílias rurais, mães adolescentes e estrangeiros); cuidados paliativos; e acompanhamento no luto (Guimarães, 2015).

Após o conhecimento do programa NIDCAP® e através da observação e integração das atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora, tornou-se evidente que os enfermeiros que cuidam na UCIN também se encontram desportos para a temática do desenvolvimento do RN (incluindo o emocional), promovendo constantemente a amamentação, a vinculação entre a díade mãe-bebé e ainda o contacto pele-a-pele.

3: Capacitar os pais para a promoção do desenvolvimento emocional do RN internado em UCIN.

Para atingir este objetivo, foram desenvolvidas as seguintes atividades: planeamento de uma sessão de educação para a saúde com os pais; divulgação da sessão de educação, afixando o plano da sessão no Serviço; realização de uma sessão de educação para a saúde com os pais, promovendo uma comunicação expressiva de emoções; avaliação da sessão realizada.

Para elaborar a sessão de educação para a saúde com os pais, foi necessária a pesquisa bibliográfica em bases de dados como a B-On e o *Google Scholar* de modo a reunir fundamentação teórica recente acerca da temática a abordar.

Planeou-se então a sessão (a planificação encontra-se no Apêndice F), intitulada de “Oficina do Sentir – Sessão de partilha de sentimentos”. Delinearam-se os objetivos, os conteúdos programáticos e os resultados esperados. No respeitante aos objetivos, o objetivo geral delineado foi: promover o desenvolvimento emocional do RN. Os objetivos específicos definidos foram os seguintes: promover uma comunicação expressiva de emoções; demonstrar a importância que o bem-estar emocional dos pais tem no bebé; incentivar o bem-estar emocional. No referente aos conteúdos programáticos, abordaram-se os seguintes: o bebé imaginário *versus* o bebé real; o internamento do RN em UCIN; os sentimentos dos pais/ família face ao internamento; a importância da expressão emocional; o desenvolvimento do RN; os benefícios da presença da mãe/ família na UCIN; gestão emocional.

Pretendeu-se que a sessão fosse interativa e de carácter mais dinâmico, de modo a promover uma comunicação expressiva de emoções e a minimizar as emoções intensas sentidas pelos participantes. Para criar este dinamismo, surgiu a ideia de pedir aos participantes que escrevessem num papel os sentimentos face à experiência do internamento do RN em UCIN e o colocassem numa caixa. Posteriormente cada participante iria retirar um papel dessa mesma caixa, lê-lo em voz alta e partilhar brevemente a sua experiência, caso se sentisse confortável em fazê-lo. Foi ainda preparada uma apresentação em *power point*, que contemplou os conteúdos programáticos definidos. O Apêndice G é referente à sessão de educação para a saúde realizada.

Foi afixado o planeamento da sessão no Serviço e foram ainda informados os pais, durante a prestação de cuidados, da realização da sessão. Por motivos diversos, o quórum presente na sessão foi de quatro mães cujos filhos se encontravam internados no Serviço. Ainda assim, verificou-se que o facto de o número de participantes ser baixo foi produtivo, uma vez que existiu maior tempo para a partilha de sentimentos.

Com o intuito de promover a comunicação expressiva de emoções, foi guardado um momento para que os presentes pudessem partilhar os seus sentimentos face às emoções experienciadas, conseqüentes do internamento do RN em UCIN. Para tal, como já referido, foi pedido aos participantes que escrevessem num papel, em apenas uma palavra, a experiência face ao internamento do filho. Surgiram palavras como medo, desespero, amor, alegria, tristeza e incerteza. Todos os presentes comentaram estes sentimentos e referiram ter experiências semelhantes no decurso do internamento do filho. Para corroborar esta vivência potencialmente intensa foi demonstrado, na sessão, a evidência científica acerca dos sentimentos de outras pessoas que passaram pela situação de internamento do filho na UCIN.

Após a sessão de educação para a saúde foi entregue um questionário de avaliação da sessão aos participantes, o qual pode ser consultado no Apêndice K.

Foram avaliados os domínios referentes aos conteúdos programáticos (interesse dos conteúdos apresentados, ajuste dos temas aos objetivos definidos, duração da ação de formação); organização da sessão (estrutura da apresentação, cumprimento de horários); dinamizador (clareza da exposição, domínio dos temas desenvolvidos, capacidade de interagir com os participantes, gestão do tempo disponível); resultados e expectativas (temas abordados face às expectativas, utilidade prática da formação); avaliação global.

Os resultados da avaliação realizada encontram-se representados na figura 1. Uma vez que dentro de cada domínio se avaliaram diferentes parâmetros o resultado final do domínio corresponde a uma média dos parâmetros avaliados.

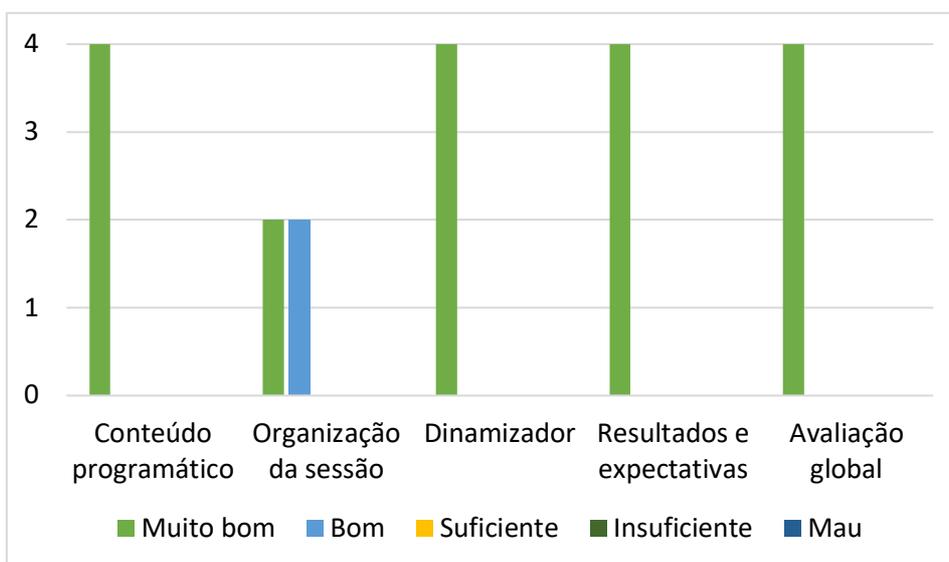


Figura 1: Gráfico de avaliação da sessão "Oficina do Sentir".

De um modo geral, todos os participantes referiram a mais-valia desta sessão de educação para a saúde, acrescentando o benefício que a mesma demonstrou ter em cada um deles. Assim todos os objetivos da sessão foram alcançados.

Após toda a descrição acima realizada pode referir-se que, com a execução do Projeto de Estágio, as ações a realizar para atingir os objetivos previamente delineados foram, ainda que com graus de dificuldade distintos, todas desenvolvidas, tendo os objetivos sido consequentemente atingidos.

3.3 ESTÁGIO FINAL: SUP

O segundo contexto do Estágio Final foi realizado no SUP, durante seis semanas, entre 21 de outubro de 2021 e 03 de dezembro de 2021. Com este estágio pretendeu-se observar e integrar as atividades desenvolvidas pela Enfermeira Orientadora, em contexto de urgência e emergência, de modo a desenvolver as competências preconizadas para obtenção do título de EEESIP.

Os objetivos gerais e específicos delineados no Projeto de Estágio, bem como as atividades a desenvolver para os atingir encontram-se esquematizados em tabela no Apêndice C, referente ao planeamento do Projeto de Estágio.

Do ponto de vista estrutural, importa referenciar que, devido à pandemia por Covid-19, o SUP foi reorganizado havendo dois circuitos para as crianças/ famílias, distintos: circuito respiratório e circuito não respiratório. São encaminhadas para o circuito respiratório todas as crianças e famílias cujos sintomas sejam de patologia respiratória; cuja sintomatologia possa sugerir infeção por SARS2-CoV-2 (por exemplo febre, dor de garganta, entre outros); que tenham diagnóstico de Covid-19; e que tenham tido e contacto com algum caso confirmado de Covid-19 nos últimos catorze dias, mesmo que o motivo de recorrência ao SUP tenha outra etiologia (por exemplo traumatismo).

O circuito respiratório é composto por uma sala de espera, uma sala de triagem, dois gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de enfermagem (onde são realizados registos de enfermagem e onde os profissionais se equipam com os devidos equipamentos de

proteção individual para prestação de cuidados) e dois quartos que funcionam como salas de observação, ou seja, onde as crianças/ famílias permanecem, quando há maior necessidade de vigilância por parte dos profissionais de saúde, para observação e/ ou realização de terapêutica até evidência conclusiva de diagnóstico (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015).

A sala de emergência/ diretos, que de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019), é uma área fundamental para a melhor abordagem do doente grave, emergente e crítico, uma vez que constitui a ponte entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, é comum aos circuitos respiratório e não respiratório, e neste momento, funciona também como posto de triagem do circuito de crianças/ famílias não respiratórias.

O circuito não respiratório conta ainda com uma sala de espera, dois gabinetes médicos, uma sala de tratamentos e uma sala de observações que tem capacidade para cinco camas, sendo uma delas de isolamento.

Do ponto de vista organizacional, a equipa multidisciplinar do SUP é constituída por médicos (pediatras, clínicos gerais e internos de pediatria), assistentes operacionais, assistentes técnicos e enfermeiros. No respeitante à equipa de enfermagem, esta é constituída por vinte e nove enfermeiros. Incluindo o enfermeiro gestor, treze dos enfermeiros são EEESIP, sendo os restantes dezasseis enfermeiros generalistas.

Com a instalação da pandemia por Covid-19, para suprir as necessidades, houve necessidade de reorganizar o horário de trabalho da equipa de enfermagem, passando os turnos a ter a duração de 12:30h (manhã – 08:00h às 20:30h; noite – 20:00h às 08:30h). Contudo, alguns enfermeiros realizavam turnos de 6 ou 8h, por motivos de redução de horário. Assim, refere-se que para assegurar os cuidados mínimos o turno da manhã conta com seis enfermeiros e os turnos da tarde e da noite com quatro, respetivamente. A metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros do SUP, durante a prestação de cuidados, é o método individual de trabalho por enfermeiro responsável. Ainda assim salienta-se que existe um grande espírito de equipa no SUP, pelo que é comum verificar-se situações de entreaajuda na equipa.

Importa ainda acrescentar que, de acordo com a necessidade clínica de cada criança, pode subsistir a necessidade de colaboração de outra especialidade médica para maior precisão no diagnóstico clínico e tratamento, como cirurgia pediátrica, ortopedia, dermatologia, entre outras, havendo então a colaboração de variadas especialidades com o Serviço.

Na maioria das vezes, as primeiras crises que as crianças enfrentam são devido à doença e à recorrência aos hospitais. Especialmente durante os primeiros anos de vida, as crianças são particularmente vulneráveis à hospitalização e às crises de doença, porque se por um lado o stresse retrata uma alteração quer no estado de saúde como na rotina ambiental, por outro, o número de mecanismos de defesa para gerir esse mesmo stresse é limitado (Sanders, 2014). Regra geral, a criança apresenta dificuldade em assimilar a necessidade de cuidados de saúde, experienciando medo, angústia, ansiedade e sensação de abandono (Oliveira et al., 2005, citado por Silva et al., 2019).

Assim, no decurso de um processo de saúde-doença, o impacto dos cuidados de saúde implica a vivência de emoções intensas e geradoras de angústia, de medo e de tristeza tanto na criança, como na família. Face à emocionalidade vivida por este binómio de cuidados (criança/família), o enfermeiro promove a gestão emocional, atenuando assim o negativo impacto destas emoções, transmutando positivamente as vivências associadas a estes processos de saúde-doença (Diogo 2015).

Os processos de saúde-doença experienciados pelas crianças/jovens e pelas suas famílias, associam-se frequentemente a uma emocionalidade intensa, implicando concomitantemente um enorme desafio emocional para os enfermeiros, exigindo assim um trabalho emocional que se centra não só no cliente, como no enfermeiro e ainda na relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015). De igual modo, uma recorrência ao SUP, acompanha-se sempre de uma elevada carga emocional. Tanto os utentes, como as suas famílias, classificam o ambiente e a organização que encontram como impessoal ou até mesmo assustador (Vaz & Trigo, 2020). Deste modo, a promoção da segurança, o clima de afetividade e ainda a promoção de atividades lúdicas adquirem extrema importância para que as crianças ultrapassem a ansiedade e o medo (OE, 2010). O objetivo prioritário do cuidado de enfermagem à criança que recorre ao hospital é a minimização das ameaças ao seu desenvolvimento. Por isso, o enfermeiro deve oferecer oportunidades para que a criança participe em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, normalizando o ambiente e diminuindo a interferência com o seu desenvolvimento contínuo (Sanders, 2014).

3.3.1 Diagnóstico de Situação

Foi dado a conhecer à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Chefe do Serviço a temática onde se inseria o Projeto de Estágio, numa reunião inicial, tendo sido também objetivo identificar a maior necessidade de intervenção para promoção do desenvolvimento emocional durante a primeira infância da criança que recorre ao SUP. Também neste módulo de estágio, no decurso da reunião inicial, a pertinência e a relevância da temática a trabalhar foi referida.

Aliando a prática clínica à fundamentação teórica e à entrevista realizada, denotou-se que, embora exista um esforço no sentido de gerir a emocionalidade intensa da criança que recorre ao SUP, poderia ser relevante considerar a uniformização dos modos de atuação e procedimentos da equipa de enfermagem na gestão emocional das crianças que recorrem ao SUP durante a primeira infância, tendo sido assim identificada a problemática a desenvolver.

3.3.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação

O objetivo geral delineado no Projeto de Estágio, transversal a todos os outros, é, como já referido, **promover o desenvolvimento emocional na primeira infância**. De modo a alcançar este objetivo, delineararam-se os objetivos específicos:

1: Conhecer as práticas da equipa de enfermagem referentes ao desenvolvimento emocional durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP.

Para atingir este objetivo, foram desenvolvidas as seguintes atividades: apresentação da área da temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador; leitura das normas de procedimento do Serviço no respeitante a estratégias promotoras do desenvolvimento infantil (incluindo o emocional) durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP; realização de uma entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber de que modo promovem o desenvolvimento infantil durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP; observação e integração das atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora.

Como já referido, tanto a Enfermeira Chefe como a Enfermeira Orientadora referiram a pertinência e a importância da área temática a trabalhar. Com a leitura das normas do Serviço,

a observação e a integração das atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora e ainda com as entrevistas realizadas aos enfermeiros do Serviço, evidenciou-se que a promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância é realizada através de uma filosofia de prestação de cuidados atraumáticos. Esta filosofia baseia-se no pressuposto de que as experiências como a doença, a hospitalização e a dor podem ser traumáticas, motivo pelo qual devem ser alvo de estratégias que visem minimizar esse mesmo trauma (Fernandes, 2020). Prevê, ainda que as intervenções de enfermagem minimizem ou eliminem o desconforto quer físico, quer emocional vivenciado pela criança e pela família (Hockenberry & Barrera, 2014, citado por Martinho & Diogo, 2020).

2: Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da gestão da emocionalidade da criança que recorre ao SUP, durante a primeira infância.

Para atingir este objetivo, desenvolveram-se as seguintes atividades: identificação das estratégias utilizadas para a gestão da emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância através de observação e de entrevista; realização de pesquisa bibliográfica acerca da gestão da emocionalidade; realização de uma sessão de formação de modo a realçar o impacto que a recorrência ao SUP tem no desenvolvimento infantil.

Durante este módulo de estágio, múltiplos enfermeiros estavam ausentes do SUP o que requeria um esforço acrescido da restante equipa, no sentido de dar resposta às necessidades do Serviço e das crianças/ famílias. Por este motivo, quando se planeou o modo de sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da gestão da emocionalidade da criança, percebeu-se que seria mais produtivo a realização de uma sessão acerca da temática recorrendo ao método expositivo com um carácter menos formal. Assim, foi dada a conhecer uma proposta de procedimento de enfermagem de gestão de emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância, ação que visou a consecução do objetivo seguinte. A fundamentação teórica/ justificação da mesma intenta despertar os enfermeiros para importância da temática, ao mesmo passo que fomenta o uso de estratégias de gestão da emocionalidade da criança e família durante a prestação de cuidados.

3: Capacitar os profissionais de saúde para a utilização de estratégias de gestão da emocionalidade, durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP.

Para atingir este objetivo, foram desenvolvidas as seguintes atividades: realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da gestão emocional da criança que recorre aos Serviços de saúde; elaboração de uma proposta de procedimento de enfermagem de gestão de emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância; avaliação da proposta de procedimento através de entrevista à Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem; realização de um poster que possa ficar visível de modo a lembrar estratégias de gestão da emocionalidade; divulgação dos instrumentos criados, com o intuito de promover a sua utilização durante a prestação de cuidados.

Através da pesquisa bibliográfica acerca da gestão emocional da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância, constatou-se que a recorrência aos Serviços de saúde por motivo de doença, afeta diretamente o desenvolvimento emocional da criança, uma vez que as vivências experienciadas no contexto hospitalar podem causar consequências emocionais que conduzem, muitas vezes, ao surgimento de mecanismos de defesa, como por exemplo a regressão a uma etapa de desenvolvimento anterior; perda do controle de esfíncteres; diminuição do vocabulário (Oliveira et al., 2005, citado por Silva et al., 2019). Neste sentido, é importante reforçar que o enfermeiro que exerce a sua prática clínica na área da saúde infantil e pediatria, deve entender a importância das emoções, direcionando o seu foco para a utilização de estratégias eficazes na sua gestão (Martinho & Diogo, 2020).

Através da revisão da literatura, chegou-se ao “algoritmo de gestão recíproca das emoções e da informação”, proposto por Martinho e Diogo (2020), que apresenta fácil aplicabilidade e origina ganhos em saúde. A aplicação do algoritmo proposto pelas autoras enfatiza a visibilidade da emocionalidade na prestação de cuidados, mobilizando estratégias que atentam à modificação de estados emocionais perturbadores para estados de tranquilidade e bem-estar, fomentando o desempenho do trabalho emocional em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Martinho & Diogo, 2020). Por este motivo, foi realizada uma proposta de procedimento de enfermagem de gestão de emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância que se baseou no algoritmo mencionado.

A proposta de procedimento realizada teve como objetivo geral: promover o desenvolvimento emocional das crianças que recorrem ao SUP durante a primeira infância, através da gestão de emoções. Como objetivos específicos, apresentou os seguintes: atenuar o impacto da hospitalização no desenvolvimento da criança; facilitar uma comunicação expressiva

de emoções; promover o bem-estar emocional da criança e família. O Apêndice H é referente à proposta realizada mencionada.

Ao utilizar o algoritmo proposto, o enfermeiro consegue não só depreender as vivências emocionais potencialmente intensas associadas a processos de saúde-doença, como identificar as respostas emocionais da criança e família, adequando a intervenção holística dos cuidados de enfermagem. Deste modo, conseguirá atuar no sentido de amenizar estados emocionais negativos, tornando a experiência da hospitalização menos traumática, promovendo consequentemente o desenvolvimento emocional (Martinho & Diogo, 2020).

De modo a complementar a informação existente no “algoritmo de gestão recíproca das emoções e da informação” elaborado por Martinho e Diogo (2020) e a fomentar o uso de estratégias que visem a gestão da emocionalidade da criança que recorre ao SUP, foi realizado um poster, que pode ser consultado no Apêndice H referente à proposta de procedimento criada. Pretendeu-se que o mesmo fosse afixado em local visível, para lembrar estratégias de gestão da emocionalidade, durante a prestação de cuidados.

Foi dado a conhecer o instrumento criado à equipa de enfermagem num momento pós passagem de turno, uma vez que seria a altura em que estariam presentes mais enfermeiros do SUP. Foi utilizado o método expositivo, sem recurso a outros instrumentos que não o documento desenvolvido. Após a exposição do tema, os profissionais demonstraram interesse em apreciar a proposta de procedimento, referindo também a sua utilidade.

Após toda a descrição acima realizada pode referir-se que, com a execução do Projeto de Estágio, as ações a realizar para atingir os objetivos previamente delineados foram, ainda que com graus de dificuldade distintos, todas desenvolvidas, tendo os objetivos sido consequentemente atingidos.

3.4 ESTÁGIO FINAL: SIP

O terceiro contexto do estágio final foi realizado no SIP, durante sete semanas, entre 06 de dezembro de 2021 e 21 de janeiro de 2022, tendo existido uma semana de pausa letiva. Com este estágio pretendeu-se observar e integrar as atividades desenvolvidas pela Enfermeira

Orientadora, em contexto de internamento, de modo a desenvolver as competências preconizadas para obtenção do título de EEESIP.

Os objetivos gerais e específicos do Projeto de Estágio, bem como as atividades a desenvolver para os atingir neste contexto de estágio encontram-se esquematizados em tabela no Apêndice C, respeitante ao planeamento do Projeto de Estágio.

Do ponto de vista estrutural, o SIP é composto por doze enfermarias, tendo quatro delas capacidade para uma cama/ berço, uma para duas camas/ berços, sete para três camas/ berços, o que perfaz um total de vinte e sete vagas. Um dos quartos de uma enfermaria é um quarto de pressão negativa, sendo então reservado para as crianças com o diagnóstico de Covid-19. Todos os quartos apresentam cadeirões para que um dos cuidadores da criança possa permanecer 24h junto do filho, sendo este um direito das crianças previsto na Carta da Criança Hospitalizada: “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (IAC, 2008, p.7). Existe ainda uma sala de realização de procedimentos/ tratamentos, uma sala de estar para os pais e uma sala de brincar para as crianças.

Do ponto de vista organizacional, no respeitante à equipa de enfermagem, a mesma é composta por dezoito enfermeiros, sendo um deles o enfermeiro o gestor. Incluindo a Enfermeira Chefe de Serviço, onze enfermeiros são EEESIP e sete são enfermeiros generalistas.

Também neste Serviço, com a instalação da pandemia por Covid-19, houve necessidade de reorganizar o horário de trabalho da equipa de enfermagem, passando os turnos a ter a duração de 12:30h. Por motivos de redução de horário alguns profissionais realizam turnos de 6 e 8h. Assim, refere-se que os cuidados mínimos são assegurados por três enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde e dois enfermeiros no turno da noite. A metodologia de trabalho aplicada pelos enfermeiros do SIP é o método individual de trabalho por enfermeiro responsável, sendo que também neste Serviço se denota o espírito de equipa e de entreajuda entre os profissionais.

A hospitalização de uma criança envolve concomitantemente toda a família, sendo um momento gerador de stresse para todos os envolvidos (Tavares, 2020). Como já referido, na maioria das vezes, as primeiras crises que as crianças enfrentam são devido à doença e à hospitalização. As crianças são peculiarmente vulneráveis à hospitalização e às crises de doença,

principalmente durante os primeiros anos de vida, porque se por um lado o stresse retrata uma alteração quer no estado de saúde como na rotina ambiental, por outro, o número de mecanismos de defesa para gerir esse mesmo stresse é limitado. Os principais fatores que induzem stresse durante a hospitalização abrangem a separação dos pais e/ou pessoas significativas; a perda de autonomia e de controlo; o desconforto, a mutilação e a dor que advém da lesão corporal; e o medo da morte. As reações das crianças a estas crises são influenciadas pela idade/etapa de desenvolvimento da criança; pelas experiências anteriores tanto com a doença, como com a hospitalização e ainda com a separação; os mecanismos de defesa quer inatos como adquiridos; a seriedade do diagnóstico; e ainda o sistema de apoio que têm disponível (Sanders, 2014).

Deste modo, a promoção da segurança, o clima de afetividade e ainda a promoção de atividades lúdicas denotam-se de extrema importância para que as crianças ultrapassem a ansiedade e o medo. De facto, em contexto hospitalar, um dos aspetos basilares é o brincar, uma vez que através da brincadeira a criança afasta, ainda que momentaneamente, os sentimentos de sofrimento, reflete acerca da situação que vivencia e cria estratégias para um desfecho favorável dessa mesma situação (OE, 2010).

Se encararmos a criança e a família para além do contexto hospitalar, é perceptível que, em cada momento, se encontra presente uma excelente oportunidade para trabalhar características pessoais tais como a vinculação segura, os recursos psicológicos, o conhecimento e expectativas realistas, potenciando deste modo os efeitos benéficos da hospitalização (OE, 2010). Neste contexto, é importante referir que o objetivo prioritário do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada é a minimização das ameaças ao seu desenvolvimento. Assim, o enfermeiro deve oferecer oportunidades para que a criança participe em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, normalizando o ambiente e diminuindo a interferência com o seu desenvolvimento contínuo. De acrescentar ainda que através da promoção das relações pais/pessoa significativa-filho; da promoção do autodomínio e do incentivo à socialização; e ainda ao proporcionar oportunidades de educação, o enfermeiro pode potenciar os benefícios do internamento (Sanders, 2014).

Neste sentido, ressalta-se que a brincadeira é a principal atividade da infância e exerce uma grande influência no desenvolvimento infantil. Para além se constituir um indicador do desenvolvimento, é um modo da criança se desenvolver e estruturar o seu ser. Brincar adota um lugar fulcral no desenvolvimento infantil ao proporcionar benefícios desenvolvimentais a

nível cognitivo, social, físico e ainda afetivo (Hansen et al., 2007). Assim, a brincadeira constitui-se como um importante recurso que merece a atenção do enfermeiro, uma vez que permite um melhor conhecimento da criança e do seu mundo, conseguindo a partir daí a colheita de dados essenciais ao processo de enfermagem (Ramos et al., 2012).

Teóricos como Piaget, Winnicot e Melanie Klein valorizam a dimensão lúdica e simbólica da brincadeira e ainda as funções do brincar enquanto elemento fundamental para a construção do conhecimento, a socialização e ainda o crescimento afetivo da criança (Abrão et al., 2006).

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para intervir nesta temática, tanto como promotores da brincadeira para otimizar o desenvolvimento infantil, como para utilizarem de modo a comunicar com a criança (Ramos et al., 2012).

Importa referir que o direito a brincar encontra-se expresso no artigo 6º da carta da criança hospitalizada indicando que

as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades [sic] educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade (IAC, 2008, p.10).

O enfermeiro, interessado em promover o bem-estar e ainda a otimizar o potencial de desenvolvimento tanto físico, como emocional e ainda social das crianças e das suas famílias, encontra-se numa posição privilegiada para promover a brincadeira, tanto a nível de CSP, como nível de Cuidados de Saúde Diferenciados. Deste modo, deve trabalhar conjuntamente com as crianças e as suas famílias para que os pais/pessoas significativas entendam a importância do brincar no desenvolvimento saudável, aceitando as escolhas feitas pelos seus filhos de um modo confiante e seguro (Ramos et al., 2012). Assim, o enfermeiro deve promover a brincadeira livre e espontânea; referir quais as vantagens associadas à brincadeira ativa e ao jogo; recomendar os pais/ pessoas significativas, acerca da escolha de brinquedos que sejam seguros e adaptados à criança; incentivar a adoção de hábitos de leitura por parte das famílias, desde a idade mais precoce; evidenciar perante os pais/ pessoas significativas a importância de que brinquem com as crianças; refletir com os pais/ pessoas significativas a necessidade de fomentar momentos em família; encorajar a exploração de diversas áreas de interesse da criança (Ginsburg, 2007; Ramos et al., 2012).

3.4.1 Diagnóstico de situação

Foi dado a conhecer à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Chefe do Serviço a temática onde se inseria o Projeto de Estágio, numa reunião inicial, tendo sido também objetivo identificar a maior necessidade de intervenção para promoção do desenvolvimento emocional durante a primeira infância da criança hospitalizada. Também neste contexto de estágio, durante a reunião inicial, a relevância e a pertinência da temática a trabalhar foi referida.

Deste modo, partindo da revisão da literatura realizada e atendendo não só à entrevista inicial, como à observação e integração de atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora, denotou-se a importância do brincar enquanto promotor do desenvolvimento emocional, tendo sido evidenciada a necessidade de intervenção nesse âmbito.

3.4.2 Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação

O objetivo geral delineado no Projeto de Estágio, neste contexto de estágio, transversal a todos os outros, foi **promover o desenvolvimento emocional na primeira infância**. De modo a alcançar este objetivo, delineararam-se os objetivos específicos:

1: Aprofundar conhecimentos acerca da promoção do desenvolvimento infantil, na primeira infância, da criança hospitalizada.

Para atingir este objetivo, desenvolveram-se as seguintes atividades: apreciação de evidência científica sobre o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil (incluindo o emocional); realização de pesquisa bibliográfica acerca de estratégias que minimizem o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil (incluindo o emocional); realização de pesquisa bibliográfica sobre estratégias promotoras do desenvolvimento infantil (incluindo o emocional) durante a hospitalização da criança.

A consecução deste objetivo não foi difícil pois múltiplos são os investigadores que se têm preocupado com o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil, sendo de fácil acesso uma multiplicidade de artigos desenvolvidos neste âmbito. Consequentemente também

umenta o interesse em explorar a temática de estratégias promotoras do desenvolvimento infantil em contexto hospitalar.

2: Conhecer as práticas da equipa de enfermagem referentes à promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância da criança internada.

Para atingir este objetivo, desenvolveram-se as seguintes atividades: apresentação da área da temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador; realização de uma entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber de que modo se promove o desenvolvimento (incluindo o emocional) da criança internada no Serviço, durante a primeira infância.

Após a apresentação da temática a trabalhar, procedeu-se a observação e integração de atividades, em parceria com a Enfermeira Orientadora. Aliando estas à entrevista realizada aos enfermeiros do Serviço, denotou-se que para promover o desenvolvimento infantil em contexto de internamento, além de uma prática de cuidados baseada em CCF, também se adota uma filosofia de cuidados atraumáticos no Serviço. A sala de brincar existente no SIP também parece ser uma medida eficaz para promover o desenvolvimento infantil através da brincadeira, ainda assim, são os educadores os responsáveis pelas atividades desenvolvidas neste âmbito.

3: Sensibilizar os profissionais de saúde para a temática do brincar terapêutico.

Para atingir este objetivo, desenvolveram-se as seguintes atividades: identificação dos conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a importância do brincar terapêutico, através de entrevista; realização de pesquisa bibliográfica acerca do brincar terapêutico; planeamento de uma sessão de formação acerca do brincar terapêutico; realização de uma sessão de sensibilização sobre o brincar terapêutico; aplicação de um questionário de modo a avaliar a sessão formativa.

Através da entrevista e da observação e integração de atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora, evidenciou-se que embora os enfermeiros refiram a importância do brincar no desenvolvimento infantil e evidenciem a relevância que o brincar terapêutico pode apresentar em contexto de internamento, nem sempre recorrem a esta ferramenta. Esta situação pode dever-se ao facto de as intervenções de enfermagem a realizar durante os turnos, contempladas no plano de cuidados da criança/ família, serem de alguma complexidade, e

ficando o enfermeiro responsável por várias crianças durante o turno tem de priorizar os cuidados face às necessidades da criança e família. Aliando o exposto ao facto de existir no Serviço uma sala de brincar onde se encontram educadoras para promover a brincadeira em contexto hospitalar, depreende-se o motivo pelo qual esta útil ferramenta possa ser descurada.

Assim tornou-se importante realizar uma sessão de formação acerca do brincar terapêutico com o intuito de sensibilizar a equipa sobre a importância do brincar no desenvolvimento infantil. Planeou-se então a sessão, intitulada de “Brincar com as emoções” (o planeamento encontra-se no Apêndice I), tendo sido delineados os objetivos, os conteúdos programáticos e os resultados esperados. No respeitante aos objetivos, o objetivo geral delineado foi: promover o desenvolvimento emocional da criança hospitalizada durante a primeira infância. Os objetivos específicos foram: sensibilizar a equipa acerca da importância do brincar no desenvolvimento infantil; apresentar um jogo que possa ser uma útil ferramenta para a gestão emocional da criança hospitalizada. No respeitante aos conteúdos programáticos, englobaram-se os seguintes: brincar e o desenvolvimento infantil; a hospitalização da criança; cuidar a criança hospitalizada; a brincadeira como ferramenta de enfermagem; brincar com as emoções, o jogo.

Foi então realizada a sessão de formação, com recurso ao *power point*, cuja consulta é possível no Apêndice J. Após a sessão de formação, foi entregue um questionário de avaliação da sessão aos presentes, o qual também pode ser consultado no Apêndice K.

Foram avaliados os domínios referentes aos conteúdos programáticos (interesse dos conteúdos apresentados, ajuste dos temas aos objetivos definidos, duração da ação de formação); organização da sessão (estrutura da apresentação, cumprimento de horários); dinamizador (clareza da exposição, domínio dos temas desenvolvidos, capacidade de interagir com os participantes, gestão do tempo disponível); resultados e expectativas (temas abordados face às expectativas, utilidade prática da formação); avaliação global.

Os resultados da avaliação realizada encontram-se representados na figura 2. Uma vez que dentro de cada domínio se avaliaram diferentes parâmetros o resultado final do domínio corresponde a uma média dos parâmetros avaliados.

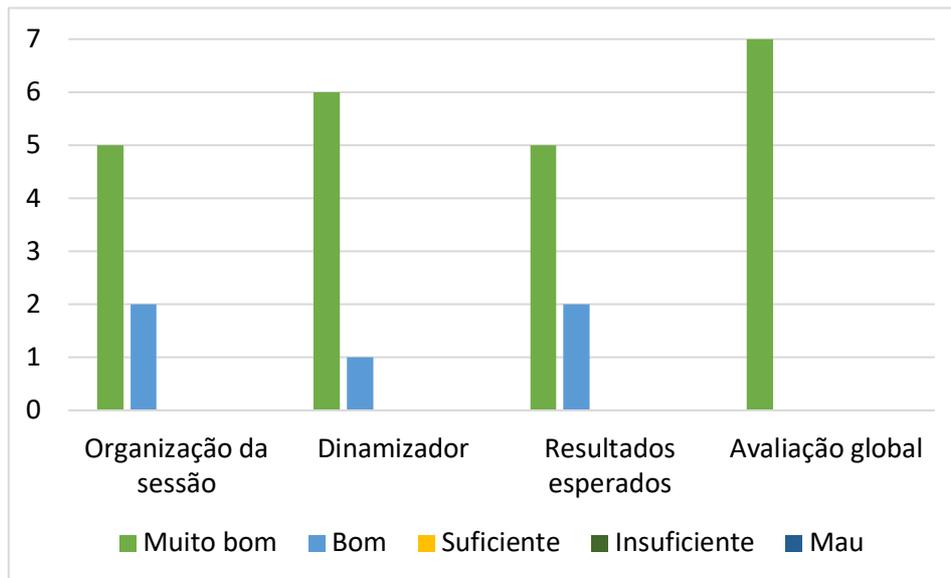


Figura 2: Gráfico da avaliação da sessão "Brincar com as Emoções".

De um modo geral, todos os participantes referiram a mais-valia desta sessão de formação, acrescentando o benefício que o jogo criado e apresentado, para a consecução do objetivo seguinte, poderia trazer para a prestação de cuidados de enfermagem. Assim pode inferir-se que todos os objetivos da sessão foram alcançados.

4: Elaborar um jogo que promova a exploração e expressão de emoções da criança internada, durante a primeira infância.

Para atingir este objetivo, desenvolveram-se as seguintes atividades: realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática das emoções e da expressão emocional; elaboração do jogo; apresentação do jogo à equipa de enfermagem; divulgação do jogo para promoção da sua utilização enquanto ferramenta de enfermagem.

Durante a realização da pesquisa bibliográfica acerca da temática das emoções, constatou-se que o livro "O Monstro das Cores", de Anna Llenas, tem sido alvo de atenção por parte de educadores e professores que tentam trabalhar a temática das emoções com as crianças. Inclusivamente o livro integra o Plano Nacional de Leitura. Neste livro, o monstro assemelha-se a uma criança inquieta, como que perdida na confusão dos seus próprios sentimentos (Plano Nacional de Leitura, 2020).

Assim, por ser um livro que muito provavelmente as crianças e os pais conhecem, o jogo criado teve por base as ilustrações e emoções deste jogo. O objetivo geral deste jogo é promover

o desenvolvimento (emocional) da criança hospitalizada. No referente aos objetivos específicos foram estipulados os seguintes: promover o bem-estar da criança; identificar as emoções da criança hospitalizada; gerir as emoções da criança hospitalizada.

Foram produzidos cartões, sobre as emoções, recorrendo às não só ilustrações do livro, como à definição das emoções. Assim, criaram-se cartas para as seguintes emoções: alegria; tristeza; raiva; medo; calma; confusão e amor. Foi ainda concebido um mapa do jogo, com recurso a cartolinas, tendo sido escritas algumas questões-chave para que a criança colocasse a emoção que sente face à situação descrita. As questões-chave foram as seguintes: quando cheguei ao internamento, senti...; quando penso que estou doente, sinto...; quando o enfermeiro entra no meu quarto, sinto...; quando estou a ir para a sala de tratamentos, sinto...; quando fico sozinho no quarto, sinto...; quando recebo uma visita, sinto...; quando estou na sala de brincar, sinto...

O objetivo major destas questões-chave seria identificar vivências emocionais potencialmente intensas no decurso do internamento, estimulando a expressão emocional da criança e facilitando a gestão emocional por parte do enfermeiro. Não obstante, durante a apresentação do jogo que ocorreu na sessão de formação, foram demonstradas outras situações em que estes cartões podem ser utilizados para identificar e gerir as emoções da criança. Por exemplo, na sala de tratamentos antes da realização de um procedimento doloroso, pode recorrer-se a estes cartões para minimizar a ansiedade da criança. A figura 3, que se encontra abaixo, revela o resultado final do jogo construído.

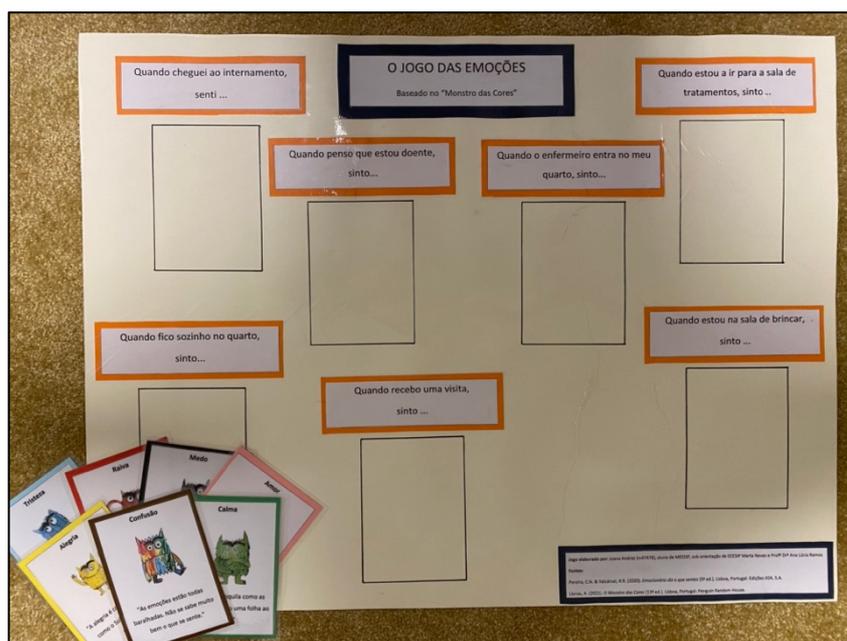


Figura 3: O Jogo das emoções.

Após toda a descrição acima realizada pode referir-se que, com a execução do Projeto de Estágio, as ações a realizar para atingir os objetivos previamente delineados foram, ainda que com graus de dificuldade distintos, todas desenvolvidas, tendo os objetivos sido consequentemente atingidos.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DE SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é expectável que o estudante desenvolva e adquira as competências previstas não só no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, e ainda no Decreto-Lei n.º 65/2018.

Assim, o Enfermeiro Especialista é aquele a quem são reconhecidas as competências técnicas, científicas e humanas, para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem. Neste sentido, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, é pressuposto que o profissional apresente as competências específicas enunciadas nos regulamentos da respetiva especialidade, e partilhe ainda um conjunto de competências comuns, que são aplicáveis nos variados contextos de prestação de cuidados (Regulamento n.º. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019).

Assim, definem-se competências comuns como as que são partilhadas por todos os enfermeiros que detenham o título de Enfermeiro Especialista, expressas através da sua grande “capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). Os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista são os seguintes: “A – responsabilidade profissional ética e legal; B – melhoria contínua da qualidade; C – gestão dos cuidados; D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

As competências específicas, por sua vez, são aquelas que sucedem das respostas humanas aos diversos problemas de saúde e processos de vida “e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

O estágio é um momento privilegiado e de extrema importância para a aquisição e desenvolvimento de competências. Esta afirmação é defendida por Benner (2001), autora que

desenvolveu o modelo de aquisição e desenvolvimento de competências, enfatizando que o conhecimento prático se adquire com a aprendizagem experiencial e com o tempo. A autora acrescenta ainda que a aquisição de competências e o desenvolvimento das mesmas, tem por base as experiências vivenciadas no decurso da prática clínica (Benner, 2001).

Neste contexto, refere-se que em cada módulo de estágio, para além da implementação do Projeto de Estágio, foram delineados objetivos de aprendizagem clínica, de modo a desenvolver competências de EEESIP, encontrando-se esquematizados em tabela no Apêndice B. O objetivo geral delineado foi comum em todos os contextos de estágio, sendo ele: **desenvolver as competências comuns e específicas na área de especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica**. Os objetivos específicos e as ações a desenvolver de modo a atingir os objetivos foram considerados em concordância ao contexto de estágio. Importa salientar que para delinear os objetivos e definir as atividades a realizar para os atingir, foram tidos em conta o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP e aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

(A) Domínio da responsabilidade profissional ética e legal

Competência A1: “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4746).

O Enfermeiro Especialista apresenta um exercício profissional, seguro, ético, usando capacidades de tomada de decisão não só ética como deontológica. “A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4746).

A compreensão da responsabilidade ética e deontológica diz respeito a todos os enfermeiros, apresentando uma função vinculativa e normativa. A deontologia pode ser definida como um conjunto de normas que se referem a uma certa profissão. Normas essas que

se encontram alicerçadas nos princípios do direito e da moral, procurando esclarecer as boas práticas, atendendo às próprias características da profissão. Os padrões éticos, por sua vez, assentam num conceito moral básico: a preocupação com o bem-estar das pessoas (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

A tomada de decisão do enfermeiro acarreta uma abordagem sistemática e sistémica, sendo que o profissional

identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (Regulamento no 190/2015 de 23 de abril de 2015, p. 10087).

A tomada de decisão em enfermagem afeta de um modo significativo a vida das pessoas, não só no presente, como no futuro, motivo pelo qual os profissionais devem munir-se de conhecimentos éticos durante a prestação de cuidados (Opperman & Cassandra, 1998, citados por Butes et al., 2010). No domínio da prática entroncam-se os aspetos relacionados com o juízo deontológico e com os padrões de excelência (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

O domínio da responsabilidade profissional ética e legal vai sendo construído durante toda a trajetória do crescimento do enfermeiro (incluindo a licenciatura), desenvolvendo-se durante todo o percurso profissional. No respeitante à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, neste domínio em particular, pode referir-se que a Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, contribuiu para a construção de conhecimentos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da revisão de conceitos, documentos de cariz jurídico e normas de conduta. A análise de casos realizada no decurso da Unidade Curricular também contribuiu para aumentar conhecimentos neste âmbito. Também os estágios realizados foram momentos oportunos para colocar estes conhecimentos à prova, e para os desenvolver. Impuseram-se algumas situações em que houve necessidade de recorrer a normas éticas, deontológicas e ainda jurídicas, tendo sempre em vista a proteção dos direitos da criança (por exemplo em situações de maus-tratos). Ainda a título de exemplo, pode referir-se uma situação específica de uma criança que recorreu ao SUP cuja queixa era odinofagia. Os exames complementares de diagnóstico incluíam uma análise sumária de urina, tendo sido pedida algaliação para a sua

colheita, uma vez que a criança não estava a colaborar com a mesma. É expresso na Carta da Criança Hospitalizada, no seu Artigo 5.º, que se deve evitar qualquer tratamento e exame que não seja indispensável (IAC, 2008). Como é sabido, a algáliação é um procedimento invasivo, doloroso e uma porta de entrada para possíveis infeções. Assim, após discussão com o médico, acerca da situação clínica da criança e da relevância de todos os exames complementares de diagnósticos pedidos, tendo em vista o maior interesse da criança, concluiu-se que tal procedimento não seria relevante.

Pode então afirmar-se que quer o âmbito teórico como o âmbito prático foram importantes para a aquisição e o desenvolvimento desta competência.

Como já referenciado, a tomada de decisão afeta significativamente a vida da criança/jovem e da sua família, tendo tido sempre esta premissa em consideração no decurso dos estágios, considerando igualmente os juízos deontológicos durante a prestação de cuidados. De igual modo interligou-se sempre, o processo de tomada de decisão na prestação de cuidados com o modelo principalista que configura os princípios éticos implícitos aos cuidados: beneficência, não-maleficência, respeito pela autonomia e justiça (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005; Butes et al., 2010). Importa ainda referir, que pela prática de CCF, desenvolvida no decurso dos estágios, foi sempre incluída a família da criança no processo de tomada de decisão, promovendo um exercício profissional sustentado em decisões, valores, princípios e normas éticas, deontológicas e jurídicas.

Competência A2: “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4746).

O Enfermeiro Especialista revela “uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4746). Neste contexto, salienta-se que de acordo com o Código Deontológico, no seu Artigo 99.º, as intervenções de enfermagem são executadas “com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº. 156/ 2015, de 16 de setembro de 2015, p. 8078). Ressalta-se ainda que na relação com o cliente dos cuidados, o respeito pelos direitos humanos é um dos princípios que norteia a atividade dos enfermeiros. Ainda no mesmo código, no seu Artigo 102.º, alínea b), se encontra expresso um

dos deveres do enfermeiro, relativamente às crianças: “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (Lei nº. 156/ 2015, de 16 de setembro de 2015, p. 8102).

O Projeto de Estágio desenvolvido e implementado assentou em princípios da teoria de Jean Watson. Como referido em capítulos anteriores, um dos principais objetivos da teoria explanada é a preservação do conceito de pessoa e da sua dignidade (Reis, 2016). Acrescenta-se ainda que no decurso dos estágios, todas as intervenções realizadas se pautaram pelos princípios que regem a profissão de enfermagem, salvaguardando sempre o interesse da criança e da sua família. Exercendo tendo por base uma metodologia de CCF, procurou-se sempre respeitar os quatro pilares conceptuais nos quais se baseiam esta filosofia de cuidados, nomeadamente a dignidade e respeito; a partilha de informação; a participação; e a colaboração. Intentou-se sempre trabalhar em parceria com a família, partilhando a informação clínica acerca do estado de saúde da criança, ouvindo as suas opiniões e escolhas no respeitante aos cuidados a prestar, capacitando os demais quando necessário. Assim, pode inferir-se que o respeito pelo direito dos clientes dos cuidados no acesso à informação; o respeito pelo direito à privacidade; o respeito pela escolha e autodeterminação nos cuidados especializados e de saúde; o respeito pelos valores, crenças, práticas específicas dos grupos e dos indivíduos foi sempre assegurado durante a prestação de cuidados. Exemplo disto é o facto de se ter tido sempre em conta, nos diversos contextos de estágio, na execução do planeamento de intervenções e da organização dos cuidados à criança/ jovem e família, o estadio de desenvolvimento, valores e cultura.

O anonimato, a segurança e a confidencialidade da informação também foram sempre garantidos, como preconizado no Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019.

(B) Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Competência B1: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4747).

O Enfermeiro Especialista coopera na criação “e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4747).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem norteiam os enfermeiros na busca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2001; OE, 2017). Neste sentido, a OE (2001), definiu seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício dos enfermeiros. Estes enunciados intentam esclarecer a natureza e englobar os diversos aspetos do mandato social da enfermagem, sendo as suas categorias as seguintes: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

No referente à área de Especialidade de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os padrões de qualidade especializados, remetem-se à relação existente entre os princípios e os elementos que instituem a praxis, influenciando-se reciprocamente numa co-construção que salienta o potencial dos pais/ pessoa significativa e família na vida da criança. Estes são responsáveis pelo desenvolvimento das crianças nas diversas etapas que incluem as transições acidentais e normativas, com procedente influência no crescimento e bem-estar (OE, 2017).

O Projeto de Estágio desenvolvido e implementado nos contextos de estágio, contemplou a realização de atividades já descritas, como realização de sessões de educação para a saúde, elaboração de sessões de formação em Serviço que foram contempladas no plano de formação em Serviço (como foi no caso da sessão realizada no SIP), realização de propostas de procedimentos de enfermagem (que aguardam aprovação pelos concelhos de administração a fim de serem implementadas), intentando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, pelo que foi um alicerce fundamental para a aquisição e desenvolvimento desta competência.

Competência B2: “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4747).

O Enfermeiro Especialista constata “que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão o das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4747).

Colaborou-se, em todos os estágios, na participação, criação e realização de projetos na área da qualidade. São exemplos disso todas as atividades descritas para a execução do Projeto

de Estágio, particularmente as sessões de formação e de educação realizadas e as propostas de procedimentos de enfermagem construídos. Avaliaram-se sempre as sessões e os instrumentos criados, no sentido de utilizar as críticas como algo construtivo, contribuindo assim para a melhoria.

Competência B3: “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4747).

“O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4747).

O Projeto de Estágio desenvolvido e implementado assentou em princípios da teoria de Jean Watson, explanada em capítulos anteriores. Através da prática do cuidar tendo por base a teoria do cuidado transpessoal, intentou-se sempre prestar cuidados holísticos, promovendo o bem-estar da criança/ família e atendendo a todos os seus domínios biopsicossocioemocionais.

No respeitante à segurança, refere-se que há um conjunto de medidas que envolvem o seu desenvolvimento, sendo elas: recrutamento, integração e fixação dos profissionais; melhoria do desempenho; gestão do risco e aplicação de medidas de segurança ambiental. Compete ao enfermeiro participar de um modo ativo não só na identificação, como na análise e ainda no controlo de potenciais riscos nos contextos da sua prática, atendendo particularmente à proteção dos grupos que apresentam maior vulnerabilidade, como é o caso das crianças. A segurança da criança/ família é prioritária nas intervenções de enfermagem, realizadas em prol dos clientes. Ainda assim, devido à complexa combinatória dos processos, interações humanas e tecnologia, o risco de surgimento de eventos adversos é inevitável. É dever do enfermeiro prestar cuidados de excelência, sendo que para tal deve promover um ambiente seguro e assegurar os cuidados em segurança. Compete ao enfermeiro participar de um modo ativo não só na identificação, como na análise e ainda no controlo de potenciais riscos nos contextos da sua prática, atendendo particularmente à proteção dos grupos que apresentam maior vulnerabilidade, como é o caso das crianças (OE, 2006).

Neste sentido, importa referir que nos múltiplos contextos de estágio foi possível não só promover a segurança das crianças através da capacitação dos pais/ cuidadores, como refletir

acerca da gestão do risco de incidentes, intentando apreciar a sua causa, implementando posteriormente medidas preventivas visando a melhoria dos cuidados. Infere-se então que a prática clínica foi importante para o desenvolvimento e aquisição desta competência.

(C) Domínio da gestão dos cuidados

Competência C1: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748).

“O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748).

Durante os estágios em contexto de Cuidados de Saúde Diferenciados, no âmbito do cuidar, as atividades foram desenvolvidas em parceria com a Enfermeira Orientadora, tendo sido sempre utilizado o método individual de trabalho por enfermeiro responsável (metodologia utilizada nos Serviços). Seguiu-se sempre a metodologia científica do processo de enfermagem, garantindo assim uma gestão eficiente dos cuidados de enfermagem. A este respeito, refere-se que o processo de enfermagem se evidencia como o ponto central da prática de enfermagem. Apresenta-se como um modelo metodológico que possibilita o enfermeiro identificar, entender, descrever e prever as necessidades do cliente dos cuidados, da sua família e das coletividades, tendo em atenção problemas de saúde (reais ou potenciais) e/ou eventos do ciclo vital. Possibilita ainda a determinação das necessidades do cliente/família que necessitam de uma intervenção de enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2009). É, portanto, um instrumento que permite sistematizar a prática profissional da enfermagem, possibilitando a organização dos elementos tanto para a tomada de decisão, como para a sua documentação (Fernandes & Andrade, 2020). A realização do processo de enfermagem, permite assim, através do estabelecimento dos focos de atenção, dos diagnósticos de enfermagem, do planeamento das intervenções e dos registos realizados uma gestão eficaz dos cuidados. Não obstante é importante realizar a sua revisão sistematicamente de modo a adequar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, com o intuito de potenciar os ganhos em saúde. A este título acrescenta-se que os processos de enfermagem foram sempre revistos, atualizados e adequados consoante as necessidades da criança/ jovem e família, garantindo a gestão eficaz dos cuidados de enfermagem.

Na prática de enfermagem, integrando uma equipa multidisciplinar, a delegação de tarefas é inerente ao exercício, sendo também um modo de garantir a eficácia dos cuidados. Neste âmbito, ressalta-se que no decurso dos estágios, sempre que foram delegadas tarefas, à posteriori houve sempre o cuidado de validar a correta execução das mesmas, ações que garantiram a aquisição e desenvolvimento desta competência.

Competência C2: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748).

“O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748).

Não sendo possível, em contexto de estágio, quer pela responsabilidade, nível de competência e conhecimento acerca do funcionamento e dinâmica do Serviço, orientar decisões respeitantes à gestão e liderança, ressalta-se que as Enfermeiras Orientadoras que supervisaram os estágios realizados, para além da prestação de cuidados de enfermagem, acumulavam ainda funções de chefia de turno ou chefia de equipa. Foi assim que se experienciou o processo de liderança associada à gestão. Evidenciou-se então a importância do enfermeiro chefe de equipa e responsável de turno na liderança da equipa, uma vez que, muitas vezes tem a necessidade de tomar decisões de gestão de Serviço, encontrando as melhores soluções possíveis para determinadas situações.

No âmbito de reconhecer as diferentes funções e papéis de todos os membros da equipa, critério que avalia esta competência, afirma-se que todos os contextos de estágio foram importantes, destacando-se o contexto na UCC. Isto, pois foi neste módulo que existiu contacto com o SNIPI, que foi projetado de modo a criar um sistema de serviços coordenados e organizados com o objetivo de apoiar crianças entre os zero e os seis anos de idade, com atraso de desenvolvimento ou com risco de, assim como as suas famílias (Direção Geral da Educação [DGE], 2021). As crianças e famílias chegam ao SNIPI referenciadas por diversos profissionais, tais como professores, médicos de família, pediatras, entre outros.

A equipa multidisciplinar que integra o SNIPI é chamada de equipa local de intervenção [ELI] e é constituída por EEESIP, professores e educadores, psicólogos, assistentes sociais,

fisioterapeutas e terapeutas da fala. Após a receção da referenciação da criança, é realizada uma reunião da ELI onde é decidida, em conjunto e de acordo com os critérios de elegibilidade, a necessidade de intervenção precoce. Se a criança apresentar critérios de elegibilidade é definido um mediador de caso, profissional que se responsabiliza, apoiado pela equipa, na comunicação com a família; na elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce [PIIP]; e ainda pela articulação com serviços da comunidade que possam ser necessários (por exemplo, linhas de apoio social, associações da comunidade, serviços de apoio ao emprego, entre outros) (DGE, 2021). A participação neste programa foi deveras importante para reconhecer a importância da equipa multidisciplinar trabalhar em uníssono, respeitando os papéis e função de cada um, promovendo a sua assunção, lembrando sempre que a equipa trabalha em prol de um objetivo comum: a satisfação da criança e da sua família.

(D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência D1: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4749).

O Enfermeiro Especialista apresenta “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4749).

Desenvolver o autoconhecimento é um processo pessoal que depende muito da disponibilidade de cada um. O autoconhecimento pode ser considerado como um domínio do saber pessoal, que facilita a gestão emocional. A partir do desenvolvimento do autoconhecimento, adquire-se o controlo emocional, o que potencializa as competências interpessoais. Através do investimento no autoconhecimento, adquire-se o autoconceito² e a autoeficácia³. Assim, o autoconhecimento permite ao enfermeiro prestar cuidados integrais ao cliente (Polakiewicz, 2020).

² Opinião pessoal acerca da personalidade (Polakiewicz, 2020).

³ Capacidade pessoal de execução e gestão de tarefas (Polakiewicz, 2020).

Durante o percurso dos estágios, impuseram-se algumas situações (quer a nível de prática clínica como a nível pessoal), que obrigaram a gestão emocional para garantir a prestação de cuidados de qualidade. A assertividade foi-se desenvolvendo, nos múltiplos contextos de estágio e à medida que a confiança nos conhecimentos adquiridos se foi tornando evidente e à medida que a integração nos Serviços onde decorreram os contextos de estágio foi realizada.

Competência D2: “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4749).

“O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4749).

Neste âmbito, a aquisição e o desenvolvimento de competências ocorreu especialmente devido ao investimento pessoal no sentido de conhecer o estado de arte atual das múltiplas situações com as quais houve confronto durante a prática clínica. O anseio pelo crescimento profissional evidenciou-se também como um fator impulsionador/ motivador pela busca de novos conhecimentos com o intuito de adquirir e desenvolver competências.

Ressalta-se ainda, que neste âmbito, os trabalhos científicos e académicos desenvolvidos (incluindo a *Scoping Review*), a elaboração do Projeto de Estágio e as ações para o desenvolver (particularmente a sessão de educação para a saúde realizada, a criação de propostas de procedimentos de enfermagem e ainda a sessão de formação em Serviço) foram fundamentais para adquirir e desenvolver esta competência.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP

Como já referido, em cada módulo de estágio foram delineados objetivos de aprendizagem clínica. Para delinear os objetivos e definir as atividades a realizar para os atingir, teve-se em conta o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP e os Padrões de

Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, de modo que se adquirissem e desenvolvessem as competências específicas do EEESIP.

A área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica abrange a prestação de cuidados de saúde desde o nascimento até aos 18 anos de idade, sendo que em situações especiais, como o caso da deficiência, incapacidade e doença crónica pode alargar-se até aos 21 ou 25 anos (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018).

O EEESIP exerce a sua prática sempre em parceria com a criança e família/ pessoa significativa, em qualquer contexto onde o cliente dos cuidados se encontre, com o intuito de proporcionar o mais elevado estado de saúde possível. Presta ainda cuidados às crianças saudáveis e em situação de doença, proporcionando também educação para a saúde, bem como identificando e mobilizando recursos de suporte à família/ pessoa significativa (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018).

Neste sentido, refere-se que a atuação como EEESIP é traduzida no exercício da prática de enfermagem, através da prestação de cuidados de grau avançado, com competência, segurança e satisfação quer da criança como da sua família/ pessoa significativa, procurando dar uma resposta global ao mundo da criança, como atuar com o intuito de remover obstáculos e “incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (Kelley et al., citado por Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018).

As competências específicas do EEESIP são as seguintes: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19192).

Competência E1: “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19192).

Nos contextos de estágio, como já referido, foi utilizada uma filosofia de cuidados que assentou na teoria do cuidado transpessoal de Watson e ainda nos CCF. Neste sentido, procurou-se sempre incluir a família/ pessoa significativa na prestação de cuidados à criança. Através da capacitação, procurou-se auxiliar as crianças e famílias/ pessoas significativas na

tomada de decisão relativamente às escolhas de saúde, estabelecendo assim uma relação terapêutica e de ajuda tanto com as crianças como com a família/ cuidadores.

A prática de cuidados também se pautou sempre pela promoção da parentalidade positiva, que pode ser definida como

um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, que assegura a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica o estabelecimento de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJ], 2020, p. 3).

Assim, pode inferir-se que promover a parentalidade positiva é não só promover o desenvolvimento infantil, como atuar a fim de adequar a parentalidade e no sentido de utilizar estratégias que sejam motivadoras para a assunção dos papéis em saúde.

Ressalta-se novamente que a passagem pela UCC foi um momento de extrema importância para reconhecer e estabelecer “redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados”, uma vez que se ficaram a conhecer projetos e programas de saúde infantil inseridos na Comunidade (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19193). Mesmo na impossibilidade de contacto direto com a Saúde Escolar devido à pandemia por Covid-19 (as equipas de enfermagem não se estavam a deslocar às escolas nesta altura), foi possível ter a perceção do modo de atuação do EEESIP no âmbito da Saúde Escolar, uma vez que foram conhecidos os projetos que existem na UCC onde ocorreu o estágio.

Neste contexto, pode afirmar-se que se viu assegurado o desenvolvimento e a aquisição da unidade de competência E.1.1.: “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19193).

Nos diversos contextos de estágio foi necessário investir na construção e sedimentação de conhecimentos face aos diagnósticos com os quais se foi contactando, para que se pudesse intervir adequadamente face às necessidades da criança/ família. Variados foram os momentos em que se realizaram ensinamentos com o intuito de potenciar a saúde e prevenir a doença. Também existiram oportunidades para capacitar os pais relativamente a questões de segurança. Acrescenta-se ainda que toda a temática emocional trabalhada capacitou para que se

identificassem evidências quer físicas como emocionais de mal-estar psíquico, evidenciando assim a unidade de competência E.1.2.: “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19193).

Competência E2: “Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19193).

No Estágio Final, nos três contextos realizados, intentou-se acompanhar o maior número de situações que permitissem consolidar conhecimentos e desenvolver habilidades na identificação de focos de instabilidade, de modo a agir rapidamente e de modo antecipatório. Para isso, tanto o contexto da UCIN como o contexto do SUP apresentaram extrema relevância. Particularmente o contexto do SUP, uma vez que a maioria dos turnos realizados foi no posto de triagem, onde as crianças chegam muitas vezes com alterações dos sinais vitais que necessitam de atuação imediata (por exemplo alterações na frequência respiratória, baixo nível de saturação de oxigénio, aumento considerável da temperatura, taquicardias/bradicardias).

O Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico realizado no âmbito do Curso de Mestrado constituiu-se como o momento de aprendizagem útil para adquirir conhecimentos e habilidades neste âmbito. Assim, pode inferir-se que se adquiriu e desenvolveu a unidade de competência E.2.1.: “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19193).

Em todos os contextos de estágio, um dos objetivos específicos de aprendizagem delineados foi respeitante à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem e família. As crianças associam constantemente o contacto com os cuidados de saúde à realização de procedimentos dolorosos, o que é uma situação que induz stresse e ansiedade tanto na criança como na família. Aliás, nos múltiplos contextos de estágio tornou-se evidente que quando se submetem as crianças a procedimentos dolorosos, também os pais manifestam stresse e desconforto. Assim tornou-se importante desenvolver habilidades que minimizassem este impacto negativo da dor, através não só da pesquisa bibliográfica, bem como da observação do modo de atuação das Enfermeiras Orientadoras neste âmbito. Múltiplas foram as estratégias que se conseguiram pôr em prática no âmbito desta temática, como sucção não nutritiva,

contenção do RN, distração e até mesmo estratégias de comunicação empática, promotora de uma expressão de emoções de modo a adequar a sua gestão.

Assim, pode inferir-se que o exercício se também se pautou no sentido de gerir a dor (tanto através do uso de medidas farmacológicas como não farmacológicas) com consequente aumento do bem-estar da criança/jovem, conseguindo assim adquirir e desenvolver a unidade de competência E.2.2.: “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19193).

Durante o percurso dos estágios, não houve contacto com situações de doenças raras, ainda assim refere-se que no âmbito do Curso de Mestrado na Unidade Curricular de Saúde Infantil e Pediatria, foi dedicado tempo ao estudo desta temática.

No decurso dos estágios surgiram algumas oportunidades de promover a adaptação da criança à doença crónica e doença oncológica, principalmente no âmbito da promoção da relação dinâmica com crianças e suas famílias com adaptação adequada, na capacitação da criança e família para adoção de estratégias de *coping* e de adaptação e ainda na adequação do suporte, desenvolvendo-se então a unidade de competência E.2.5.: “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19193).

Competência E3: “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19194).

Todo o Projeto de Estágio realizado e implementado promoveu o desenvolvimento emocional e consequentemente o desenvolvimento infantil. Ainda assim, o contexto de estágio em CSP, permitiu de um modo particular a aquisição e o desenvolvimento da unidade de competência E3.1.: “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19194). Isto porque as crianças e famílias recorrem, na maioria das vezes, aos CSP não por motivos de doença, mas para realização das consultas de saúde infantojuvenil. As políticas de CSP, como é sabido, assentam nos pilares de promoção da saúde, prevenção da doença e educação para a saúde. As linhas orientadoras do PNSIJ (DGS, 2013) fornecem uma data de indicações de parâmetros a avaliar e a ações a desenvolver em consulta de modo a obter ganhos em saúde e a promover o crescimento e o desenvolvimento

infantil. Foi então importante a realização de pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos científicos na área de saúde infantil e pediátrica no respeitante ao crescimento e ao desenvolvimento infantil; o recurso ao PNSIJ para seguir as suas linhas orientadoras para a realização da consulta de enfermagem, para a realização de cuidados antecipatórios de modo a transmitir orientações aos pais/ pessoas significativas com o intuito de maximizar o potencial de desenvolvimento infantil. Ressalta-se ainda a extrema importância que teve o trabalho em parceria com a Enfermeira Orientadora de modo a desenvolver a unidade de competência já citada.

O contexto de estágio na UCIN foi um momento privilegiado para o desenvolvimento de habilidades no respeitante ao cuidar do RN. Como já referido, a Unidade onde o estágio foi realizado implementa o programa NIDCAP®, um modo holístico e integrado dos cuidados de desenvolvimento centrados tanto no RN como na família (Guimarães, 2015). Como já explanado, são alguns dos aspetos que integram a filosofia deste modelo a promoção da amamentação, a promoção de momentos de contacto pele-com-pele, a promoção da vinculação, a envolvimento dos pais/ pessoas significativas nos cuidados, entre outros (Santos, 2011). Assim, a prática clínica desenvolvida no Serviço postulou-se por estes princípios, o que permitiu adquirir e desenvolver a unidade de competência E 3.2.: “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19194).

Nos contextos de estágio, no referente aos objetivos e às ações da aprendizagem clínica delineados, a comunicação com a criança e família de modo apropriado ao estadio de desenvolvimento e à cultura foi sempre referenciada. Neste sentido, com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica com a criança e família/ pessoa significativa promoveu-se sempre um ambiente seguro e acolhedor, adequou-se sempre a comunicação à criança/ família atendendo à idade, estadio de desenvolvimento e cultura, desenvolvendo assim a unidade de competência E.3.3.: “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19194).

No decurso dos variados contextos de estágio, contacto com os adolescentes aconteceu em contexto de CSP e nos Cuidados de Saúde Diferenciados tanto no SIP como no SUP. No respeitante aos Cuidados de Saúde Diferenciados, refere-se que houve um grande contacto com adolescentes com uma grande necessidade de providência de apoio emocional, uma vez que as situações de mal-estar psíquico eram evidentes. Neste sentido, foi necessário promover uma

comunicação expressiva de emoções, reforçar a tomada de decisão responsável e em algumas situações reforçar a imagem corporal positiva. Igualmente necessário foi utilizar a comunicação assertiva. Nos variados contextos de estágio foi ainda possível identificar, estádios de processo de mudança, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis, tendo assim sido adquirida e desenvolvida a unidade de competência E3.4.: “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento nº. 422/2018, de 12 de julho de 2018, p.19194).

Assim, refere-se que tanto a parte teórica como a parte prática no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assumiram extrema importância para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista. Não obstante, importa referir que o conhecimento é tácito, sendo necessário continuar a investir no caminho, com o intuito de melhorar os cuidados prestados às crianças/ jovens e suas famílias/ pessoas significativas.

4.3 ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-Lei n.º 65/2018 aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, regulamentando que o grau de Mestre pode ser concedido numa determinada especialidade.

No seu Artigo 15.º regulamenta que o grau de Mestre é atribuído àqueles que demonstrem: desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos na licenciatura e que possibilitem e constituam a fase de aplicações e/ou desenvolvimentos originais, no âmbito da investigação em muitos casos; saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas, em múltiplos contextos, em novas situações, ainda que dentro da sua área de estudo; ser capazes de adaptar conhecimentos, lidando com questões de complexidade, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em casos de informação incompleta ou limitada, incluindo reflexões acerca das responsabilidades e implicações sociais e éticas consequentes ou condicionantes dessas soluções e juízos; capacidade de comunicar os seus conhecimentos, raciocínios e conclusões a eles subjacentes, sem ambiguidades e de um modo claro a especialistas e a não especialistas; competências que permitam uma aprendizagem ao longo do

tempo, de uma forma fundamentalmente autónoma ou auto-orientada (Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018).

O percurso académico, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica decorreu em contexto teórico/letivo, e em contexto prático, englobando quatro contextos de estágio diferentes. Esta situação permitiu, não só a aquisição de novos conhecimentos como a sedimentação e o desenvolvimento de conhecimentos previamente adquiridos (até mesmo a nível do Curso de Licenciatura), contribuindo assim para a aquisição de competências e habilidades.

A realização do Projeto de Estágio, que abrangeu quatro contextos de estágio diferentes, obrigou a aplicação de conhecimentos em contextos que até então eram desconhecidos. Fomentou ainda a recorrência à evidência científica, de modo a justificar a tomada de decisão com o intuito de originar ganhos em saúde e de prestar os melhores cuidados possíveis às crianças e às suas famílias.

A sua posterior execução e avaliação (através da validação da consecução dos objetivos previamente definidos), denotaram-se extremamente importantes para a identificação de algumas potenciais situações-problema, permitindo a intervenção de modo a minimizar o risco potencial, auxiliando assim a aquisição de competências no âmbito da resolução de problemas.

As oportunidades para a realização de sessões de formação em Serviço e de sessões de educação para a saúde demonstraram-se como uma mais-valia para desenvolver a capacidade de comunicação dos conhecimentos adquiridos a uma panóplia de pessoas com características e graus de formação e de conhecimentos distintos.

O facto de terem sido realizados diversos trabalhos de investigação durante o Curso de Mestrado (em Unidades Curriculares como Investigação em Enfermagem, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica II e Estágio Final), permitiram a aquisição de competências que irão garantir uma aprendizagem no decurso de vida, de um modo autónomo.

A elaboração do presente relatório permitiu a reflexão crítica do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, possibilitando assim a emissão de juízos e a reflexão acerca das responsabilidades tanto a nível ético, como deontológico e ainda social.

Assim, torna-se evidente que todo o percurso trilhado na formação especializada irá permitir recorrer a um conjunto de conhecimentos que provém do rigor científico e da investigação, com consequentes ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio simboliza o culminar de um percurso trilhado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Representa, então, a documentação do percurso formativo realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do EEESIP e de Mestre. No decorrer do Curso de Mestrado, foram aproveitadas todas as oportunidades de aprendizagem, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de um conjunto de habilidades e de competências que são preconizadas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e do grau de Mestre.

O enquadramento conceptual desenvolvido permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos na área de interesse e proposta a trabalhar, e revelou a importância da evidência científica enquanto fomentadora da prática, uma vez que é através da investigação que se adquirem novos conhecimentos, conseguindo então fundamentar a tomada de decisão. Assim, permitiu fundamentar o caminho projetado a trilhar, auxiliou a definir as ações para atingir determinados objetivos, tendo por base a evidência científica e a revisão da literatura.

Visualizando os contextos onde o estágio se inseriu, foi perceptível que a temática da emocionalidade da criança e do desenvolvimento emocional infantil, onde se inseriu o Projeto de Estágio, tem suscitado interesse nos enfermeiros, uma vez foi sempre revelada a pertinência e a importância da temática. Ainda assim, é uma temática que necessita de maior investimento tanto a nível de investigação como a nível de ação, uma vez que as linhas orientadoras para a promoção do desenvolvimento emocional infantil continuam um pouco inespecíficas. Não obstante, crê-se que todas as ações desenvolvidas serviram para instigar o interesse em promover o desenvolvimento emocional infantil nos variados contextos em que a criança se encontra.

Para além do desenho do Projeto de Estágio e da execução e avaliação do mesmo, em paralelo foram definidos objetivos de aprendizagem e ações a desenvolver para os atingir, com o intuito de desenvolver as competências preconizadas para a obtenção do título de EEESIP. Este constructo teve por base o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP e ainda os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O objetivo específico, transversal a todos os contextos de estágio, apresentou um carácter de maior pessoalidade, de desenvolvimento de competências, e os objetivos específicos

e as ações para os atingir foram delineadas tendo em atenção os contextos de estágio. Não obstante, todos eles procuraram assumir-se como promotores do desenvolvimento emocional, uma vez que intentaram sempre atender ao bem-estar da criança e família, em múltiplas vertentes que podem originar uma emocionalidade negativa (como por exemplo a dor). Procuraram ainda sensibilizar e capacitar profissionais e famílias para a vertente emocional da criança, de modo que as intervenções sejam promotoras do desenvolvimento emocional na primeira infância.

No respeitante ao desenvolvimento de competências para obtenção do título de EEESIP, os estágios assumiram-se como um momento crucial, uma vez que permitiram conhecer novos contextos, observar e integrar práticas distintas, tendo sempre em vista um objetivo global: a garantia da prestação dos melhores cuidados possíveis às crianças e sua família/ pessoas significativas. Acredita-se que as bases do preconizado pela OE e pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica estejam adquiridas, no entanto é notório o longo caminho necessário percorrer, buscando sempre a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento quer pessoal como profissional, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados às crianças/ jovens e suas famílias/ pessoas significativas.

Futuramente, pretende-se continuar a trabalhar no sentido de promover o desenvolvimento emocional infantil, uma vez que é claro que a emocionalidade define uma grande parte do *self*, favorece o entendimento de outras áreas de desenvolvimento, e promover o desenvolvimento emocional infantil é promover a aquisição de um conjunto de competências e habilidades que se manifestarão durante a vida adulta da criança.

Ainda que se tenham sentido algumas limitações na elaboração do Projeto de Estágio e do presente relatório, tais como a condução da pesquisa de evidência científica tendo em conta os objetivos definidos, a gestão do tempo para colocar em prática o pretendido, a avaliação real das medidas que se tentaram implementar (isto é se efetivamente estão a ser postas em prática e originam ganhos em saúde), crê-se que todas foram superadas com a motivação adequada para garantir uma melhor prestação de cuidados de saúde às crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abe, J. A. A. & Izard, C. E. (1999). The Developmental Functions of Emotions: An Analysis in Terms of Differential Emotions Theory. *Cognition & Emotion*, 13(5), 523–549. <https://doi.org/10.1080/026999399379177>
- Abrão, J. L. F., Vasconcelos, M. S., Colhante, C. C., Gonçaves, F. P. S., Enes, G. S. T., D'Alonso, G. L., Ferrante, J. M., Filho, J. R. P., Martini, J. A., Lopes, K. K., Ortolan, L. M. C., Mérola, L. P., Santos, M. R., Pratta, N., Feleiros, N. P., Filho, P. R. S. B., Campos, E. M., Belisiário, V. C. & Ribas V. C. (2006). *Que brincadeira é essa? A brinquedoteca móvel no hospital*. <https://bit.ly/3uIBOAD>
- Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (2004). Emotion cognition in children and adolescents: Introduction to the special issue. *Journal of Experimental Child Psychology*, 89(4), 271-275. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2004.08.003>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendações técnicas para a Sala de Emergência*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. <https://bit.ly/3ij6ecU>
- Alves, D., & Cruz, O. (2016). Assessment of children's emotion skills: Uma escala de avaliação do conhecimento emocional em crianças. In Pinto, A. M. & Raimundo, R. (Coords.). *Avaliação e promoção de competências socioemocionais em Portugal* (pp.83 – 106). Coisas de Ler Edições, Lda.
- ANIP. (2019). *Curso Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II (Schedule of Growing Skills II)*. ANIP. <https://bit.ly/3CBHXYK>
- Antunes, D. M. G. C. (2019). Cuidados centrados na família no perioperatório: intervenções de enfermagem que facilitam a gestão emocional da criança ou do jovem e sua família. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://bit.ly/3MhqSrB>
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 7 (série III), 83-92. <https://bit.ly/35KPwQM>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Butes, L., Galhanas, D., Rodrigues, M., Silva, A. & Deodato, S. (2010). Informar, quando? - Análise de caso. *Revista percursos* (2), 8-19. <https://bit.ly/3wpSiG9>

- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the Nature of Emotion Regulation. *Child Development*, 75(2), 377–394. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x>
- Cardoso, A.C. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://bit.ly/3LgBICj>
- Caruso, D. R. & Salovey, P. (2007). *Liderança com Inteligência Emocional. Liderando e Administrando com Competência e Eficácia*. M. Books do Brasil Editora, Lda.
- Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In Barbieri-Figueiredo, M. C. & Ramos, A. L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 28-32). Lidel.
- Chinn P.L. & Kramer M. K. (2018). Knowledge development in nursing: theory and process. (10ª ed.). Elsevier Inc.
- Chora, A., Ramos, A. L., Nova, A. C., Cruz, D., Calado, G. & Malacata, M. (2019). *Ficha da Unidade Curricular Estágio Final*. Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde São João de Deus, Évora. Portugal.
- CNPDPJ. (2020). *Recomendação REC (2006)19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os Estados-Membros sobre a política de Apoio à Parentalidade Positiva*. CNPDPCJ. <https://bit.ly/3i05VDx>
- Cruz, D. S. M., Oliveira, F. T. B. O., Marques, D. K. A. M., Souza, I. V. B. (2016). Sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos prematuros de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, 14 (2), 105-114. <https://bit.ly/3CVI6aW>
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Europa-América.
- Damásio, A. (2013). *O Sentimento de Si – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2021). *A Estranha Ordem das Coisas – A Vida, os Sentimentos e as Culturas Humanas* (10ª ed.). Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto de 2018. *Presidência do conselho de ministros*, Diário da República, 1.ª Série, N.º 155 de 16 de agosto de 2018.

- Denham, S. A. (2007). Dealing with feelings: how children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behaviour*, 1(xi), 1-48. <https://bit.ly/3IHdyK1>
- DGE. (2021). *Famílias*. SNIPI. <https://bit.ly/3tSMAKg>
- DGS. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. <https://bit.ly/3trAd96>
- DGS. (2020). *Covid-19: Fase de Mitigação*. DGS. <https://bit.ly/3isNaJ7>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* [sic]. (2ª ed.). Lusociência.
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Nóbrega, M. M.; Vasconcelos, M. F.; & Viana, A. C. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20045. <http://doi.org/10.12707/RV20045>
- Exequiel, N. P., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Vaz, J. C., Silva, L. L., Klumb, M. M. & Macluf, S. P. Z. (2021). Sentimentos vivenciados pelas mães na hospitalização neonatal. *Eferm Foco*, 1 (12), 73-78. <http://doi.org/10.21675/2357-07X.2021.v12.n1.4018>
- Faria, S.M.M. (2011). Desenvolvimento emocional em crianças com deficiência mental – uma perspectiva [sic] comparativa com crianças ditas “normais”. [Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://bit.ly/35IMy4K>
- Favero, L., Meier, M. J., Lacerda, M. R., Mazza, V. A. & Kalinowski, L. C. (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Uma década de produção brasileira. *Acta Paul Enferm*, 22(2), 213-218. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200016>
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e Dor em Pediatria. In Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 39-55). Lidel.
- Fernandes, I. & Andrade, I. (2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem. In Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 81-94). Lidel.
- Figueiredo, C. (2020). *COVID-19: o impacto no desenvolvimento infantil*. <https://bit.ly/32Thlfz>
- Fonseca, A. L. N., Lacerda, M. R. & Maftum, M. A. (2006). O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. *Cogitare Enferm*, 11(1), 7-15. <https://bit.ly/36tA7oB>

- Franck, L. & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child Care Health Dev.*, 30(3), 265-277. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00412.x>
- Freitas-Magalhães, A. (2020). *O Código de Ekman - O Cérebro, a Face e a Emoção*. (60ª ed.). FEELab Science Books.
- Gracia, T. R. & Nóbrega, M. M. L. (2009). Processo de enfermagem; da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Rev Enferm*, 13(1), 188-193. <https://bit.ly/3JyXCuP>
- Ginsburg, K.R. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *American Academy of Pediatrics*, 1(119), 182-191. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2697>
- Goleman, D. (2020). *Inteligência Emocional*. (26ª ed.). Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., & Speltz, M. (1991). Emotional regulation, selfcontrol and psychopathology: the role of relationships in early childhood. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.) *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction Rochester symposium on developmental psychopathology Volume 2* (pp.21-55). Lawrence Erlbaum.
- Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu desenvolvimento um guia essencial para que os seus filhos se sintam mais felizes e seguros em casa, na escola e no mundo que os rodeia*. Editorial Presença.
- Grencho, A. F. T. (2012). *Intervenções do Enfermeiro Especialista durante o parto e impacte da episiotomia na qualidade de vida da mulher, nos primeiros três meses após o parto*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://bit.ly/3HAVQHy>
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 3(XXIV), 99- 102. Disponível em <https://bit.ly/3D0OPPj>
- Hansen, J., Macarini, S. M., Martins, G. D. F., Wanderlind, F. H. & Vieira, M. L. (2007). O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia evolucionista. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(1), 133-143. <https://bit.ly/3CXJqsE>
- Harrison, T. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *J Pediatr Nurs.*, 25(5), 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>.

- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D., Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª ed. - pp. 1-20). Loures, Portugal: Lusociência.
- INE. (2015). *Sistema de meta informação*. <https://bit.ly/3Jt8b2f>
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Intitute for Patient and Family Centered Care. <https://bit.ly/3IAZjqY>
- IAC (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. (4ª ed.). <https://bit.ly/3uG1a76>
- IAC. (2021). *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários*. <https://bit.ly/36xpEF6>
- Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B., & Youngstrom, E. (2001). Emotion Knowledge as a Predictor of Social Behavior and Academic Competence in Children at Risk. *Psychological Science*, 12(1), 18–23. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00304>
- Izard, C. E., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C., & Campbell, J. (2002). Emotion processes in normal and abnormal development and preventive intervention. *Development and Psychopathology*, 14(04), 761–787. doi:10.1017/s0954579402004066
- Jesus, P. B. R., Giron, M. N., Santos, N. D, Santos, I & Caldas, C. P. (2013). A teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson: Evidências científicas na literatura de enfermagem. *Anais do 17º SENPE*, 1(1), 1299-1300. <https://bit.ly/3C4dnXH>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the Covid-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, (221), 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Johnson, J. Y. & Keogh, J. (2012). *Enfermagem pediátrica desmistificada*. Lusodidacta.
- Lagattuta, K. H., & Wellman, H. M. (2002). Differences in early parent-child conversations about negative versus positive emotions: Implications for the development of psychological understanding. *Developmental Psychology*, 38(4), 564-580. <https://do.org/:10.1037/0012-1649.38.4.564>
- Leandro T. A., Nunes M. M., Teixeira I. X., Lopes M. V. O., Araújo T. L. & Lima F. E. T. (2020). Development of middle-range theories in nursing. *Rev Bras Enferm*, 73(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>
- Lei n.º 156/ 2015 de 16 de setembro de 2015. *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o*

regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, Diário da República, 1.ª Série – N.º 181 – 16 de setembro de 2015.

- Leite, M. P. L. C. (2014). *Ação pedagógica e desenvolvimento da inteligência emocional na infância: Reflexão e partilha de uma prática*. [Dissertação de Mestrado em Educação Pré-Escolar, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Universidade do Porto]. Repositório Institucional da ESEPF. <https://bit.ly/3DyXKbD>
- Lima, L. G. & Smeha, L. N. (2019). A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: Uma montanha russa de sentimentos. *Psicologia em estudo*, 38179(24), 1-14. <http://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.38179>
- Loureiro, F. M., Antunes, A. V.R. A. & Charepe, Z. B. (2021). Concepções [sic] teóricas de enfermagem nos cuidados à criança hospitalizada: scoping review. *Rev Bras Enferm*, 74(3):e20200265. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Martinho, L. & Diogo, P. (2020). Gestão Recíproca das Emoções e da Informação no Cuidado à Criança e Família: Proposta de um Algoritmo de Atuação em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 1(24), 7-15. <https://bit.ly/3JpgoEF>
- Martins, Q. B. S. & ScoralickLempke, N. N. (2020). O desenvolvimento da inteligência emocional na primeira infância: contribuições para educadores. *Revista digital SUNTHESIS: FAPAM*, 1(10), 1-12. <https://bit.ly/3hy0kUZ>
- Martins, R. (2009). *Conhecimento emocional e temperamento em crianças de idade pré-escolar: um estudo exploratório* [Dissertação de Mestrado em Psicologia Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Sigarra. <https://bit.ly/3tcXt9s>
- Marques, J. R. (2018, abril, 20). *Definição de Self*. <https://bit.ly/36n5MYN>
- Melo, A. I. M. T. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança* [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://bit.ly/3sV1e36>
- Mendonça, A. R. F. (2017). *O Desenvolvimento Socioemocional: A Regulação Emocional em Creche* [Dissertação de Mestrado em Educação Pré-escolar, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Comum. <https://bit.ly/3BtGkvO>

- Monteiro, P. V., Almeida, A. N. S, Freitas, M. C., Guedes, M. V. C & Silva, L. F. (2016). Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *REME – Ver Min Enferm*, 20(e957), 1-5. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160026>
- NCPI. (2016). *Funções executivas e desenvolvimento na primeira infância: habilidades necessárias para a autonomia: estudo III*. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. <https://bit.ly/3GYZkn>
- NPCI. (2020). *Repercussões da Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil*. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (Coords.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://bit.ly/36hu8TM>
- OE. (2001). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. OE. <https://bit.ly/3lp0VmU>
- OE. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. <https://bit.ly/3qmR2Qo>
- OE. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Volume I). OE. <https://bit.ly/3rEDgq8>
- OE. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica*. OE. <https://bit.ly/3upjMJq>
- Onchwari, G., & Keengwe, J. (2011). Examining the Relationship of Children’s Behavior to Emotion Regulation Ability. *Early Childhood Education Journal*, 39(4), 279–284. <https://doi.org/10.1007/s10643-011-0466-9>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D. & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed.). AMGH Editora LTDA.
- Pedro, J. J. B. (2009). *Parceiros no cuidar: a perspetiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://bit.ly/3wBCDE1>
- Pinto, A. M. & Raimundo, R. (Coords.) (2016). *Avaliação e Promoção de Competências Socioemocionais em Portugal*. (1ª ed.). Coisas de ler.
- Pinto, J. M. P. (2020). *Educar no Presente ... Preparar o Futuro: A Gestão de Conflitos na Educação Pré-Escolar* [Dissertação de Mestrado em Educação Pré-Escolar, Escola Superior de

- Educação do Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Comum. <https://bit.ly/33PpX0i>
- Plano Nacional de Leitura. (2020). *O Monstro das Cores*. <https://bit.ly/3L4eYjE>
- Polakiewicz, R. (2020). *Autoconhecimento: um importante dispositivo de cuidado em saúde*. PEBMED. <https://bit.ly/3DaCtEU>
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional – Aprenda a Ser Feliz*. (1ª ed.). Porto Editora.
- Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem numa Sociedade em Mudança. In Barbieri-Figueiredo, M. C. & Ramos, A. L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed. – pp. 2-9). Lidel.
- Ramos, A.L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M.J. & Dias, L. (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros. *Revista percursos*, 26, 49-60. <https://bit.ly/3tH7n0Y>
- Regulamento nº. 140/ 2019 – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Diário da República, 2.ª série – Nº. 26 de 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento no. 190/2015 – *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, Diário da República, 2.ª série – Nº. 79 de 23 de abril de 2015.
- Regulamento n.º 422/2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Diário da República, 2.ª série - Nº 133 de 12 de julho de 2018.
- Reis, D. S. C. (2016). *Promoção de Cuidados Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica – Intervenção do Enfermeiro Especialista*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://bit.ly/3plv89S>
- Rolim, K. M. C., Santiago, N. R., Vieira, T. L., Sancho, M. C., Frota, M. A., Boulard, H. & Meveau, P. (2016). Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco*, 1 (7), 42-46. <https://bit.ly/3tlEaMo>
- Rueda, M. R. & Paz-Alonso, P. M. (2013). Função Executiva e Desenvolvimento Emocional. In *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. <https://bit.ly/3cY9hEE>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de projecto [sic]: Colectânea descritiva de etapas [sic]. *Revista percursos*, 15, 1-37. <https://bit.ly/2PloSWy>

- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. The Guildford Press.
- Santos, A. O (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 1(XX), 26-31. <https://bit.ly/36wLZ8M>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e de Hospitalização. *In Hockenberry, M.J. & Wilson, D., Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 1025-1060). Lusociência.
- Silva, C. M. C., Valente, G. S. C., Bitencourt, G. R. & Brito, L. N. (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: Análise segundo Meleis. *Cognitare Enferm*, 15(3), 548-551. <https://bit.ly/3tq9ZCm>
- Silva, DE. & Freire, T. (2014). Regulação emocional em adolescentes e seus pais: da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, 2(xxxii), 187-198. <https://bit.ly/3uAvcu8>
- Silva, F. G., Andrade, K. E. A. & Barbosa, A. F. C. (2019). *A Criança Doente e os Cuidados da Psicologia*. Psicologia.pt O Portal dos Psicólogos. <https://bit.ly/3D2lDq2>
- Silva, J., Massena, L., Pinheiro, M., Carvalho, A. & Teixeira, A. (2018). *Manual de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://bit.ly/32wPdEi>
- Silva, S. I. S. (2019). *Emoções em crianças em idade escolar: Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://bit.ly/3Jv2Tn1>
- Tavares, P.P. (2020). No Contexto do Internamento. *In Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 95-103). Lidel.
- Vale, M. C. (2008). Desenvolvimento. *In Amaral, J.M.V. (Coord.). Tratado de clínica pediátrica* (Volume I - pp. 120-122). Abbott Laboratórios.
- Vale, V. M. (2012). *Tecer para não ter de remendar: O desenvolvimento socioemocional em idade pré-escolar e o programa Anos Incríveis para educadores de infância* [Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação: Especialização em Psicologia da Educação, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra] Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://bit.ly/35bUUvR>
- Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. *In Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 293-309). Lidel.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

ZERO TO THREE. (2020). *DC:0-5™ - Manual de Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento da Infância*. (1ª edição). Psiquilibrios edições.

APÊNDICES

Apêndice A: Cronograma dos Estágios

Apêndice B: Objetivos de aprendizagem clínica dos estágios

Objetivos a atingir no Estágio 1: UCSP

Objetivo geral	Ações a realizar
Desenvolver as competências comuns e específicas na área de especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.	<p>Entendimento das competências específicas do EEESIP.</p> <p>Aprofundamento dos conhecimentos científicos na área de saúde infantil e pediátrica.</p> <p>Adequação das competências específicas do EEESIP ao contexto clínico.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base as competências e unidades de competência que constam no regulamento das competências específicas do EEESIP.</p>
Objetivos específicos	Ações a realizar
Realizar a consulta de enfermagem de saúde infantil autonomamente.	<p>Aprofundamento dos conhecimentos científicos na área de saúde infantil e pediátrica.</p> <p>Seguimento das linhas orientadoras do PNSIJ para a realização da consulta de enfermagem.</p> <p>Trabalho em parceria com a Enfermeira Orientadora de modo a atingir progressivamente a autonomia.</p>
Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, incluindo o desenvolvimento emocional	<p>Seguimento das linhas orientadoras do PNSIJ de modo a promover o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>Aprofundamento conhecimentos acerca do desenvolvimento e crescimento infantil.</p> <p>Avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil.</p> <p>Aprofundamento dos conhecimentos acerca do desenvolvimento emocional.</p> <p>Aprofundamento dos conhecimentos sobre as competências emocionais nas diferentes faixas etárias e etapas de desenvolvimento.</p> <p>Construção de um protocolo de instrumento de avaliação de desenvolvimento emocional tendo por base instrumentos de avaliação existentes.</p>

	<p>Adequação dos ensinamentos realizados e dos cuidados antecipatórios à criança/família.</p> <p>Promoção de uma comunicação expressiva de emoções (tanto da criança/ jovem como da sua família/ pessoa significativa).</p>
<p>Gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar da criança/jovem durante os procedimentos dolorosos.</p>	<p>Aprofundamento dos conhecimentos acerca da dor, como de estratégias não farmacológicas para o seu controlo.</p> <p>Adequação das variadas estratégias existentes à faixa etária da criança.</p> <p>Negociação dos cuidados com a criança e com os pais, atendendo não só à faixa etária e etapa de desenvolvimento, como à cultura.</p> <p>Promoção da colaboração dos pais durante os procedimentos dolorosos com o intuito de os envolver nos cuidados, minimizando a dor da criança e ainda de diminuir o stress quer da criança como dos pais/pessoa significativa no momento do procedimento.</p>
<p>Promover a parentalidade positiva</p>	<p>Inclusão dos pais/ pessoas significativas na consulta de enfermagem.</p> <p>Escuta das dúvidas dos pais/ cuidador da criança/jovem, respondendo adequadamente.</p> <p>Utilização e adequação de técnicas de comunicação aos pais/ pessoa significativa.</p> <p>Promoção de uma comunicação expressiva de emoções por parte dos pais/ pessoa significativa.</p> <p>Observação do processo de vinculação dos pais/ pessoa significativa com o RN.</p> <p>Observação da interação da criança/ jovem com a família/ pessoa significativa.</p> <p>Promoção de uma relação dinâmica dos pais/ pessoa significativa com a criança/ jovem.</p> <p>Orientação, quando necessário e fornecimento de estratégias promotoras da parentalidade positiva.</p>
<p>Adequar o suporte familiar e comunitário.</p>	<p>Conhecimento dos programas de saúde infantil existentes na comunidade, através da integração na UCC.</p>

	<p>Conhecimento da articulação dos serviços de saúde com os programas existentes na comunidade, através da integração na UCC.</p> <p>Observação do funcionamento dos programas existentes na comunidade, através da integração na UCC.</p> <p>Reconhecimento de situações de risco (maus-tratos, criança/ jovem e família com necessidades de apoio especiais).</p> <p>Aquisição de conhecimentos sobre como encaminhar crianças/ jovens e as suas famílias em situações especiais, através da integração nos CSP.</p>
Objetivos a atingir no Estágio Final: UCIN	
Objetivo geral	Ações a realizar
Desenvolver conhecimentos e competências comuns e específicas na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.	<p>Aprofundamento de conhecimentos científicos na área de saúde infantil e pediátrica, mais especificamente na vertente do RN, através de pesquisa bibliográfica.</p> <p>Integração das competências específicas do EEESIP na prática clínica.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base as competências e unidades de competência que constam no regulamento das competências específicas do EEESIP, atendendo ainda aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade; • reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados; • gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, otimizando as respostas; • promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil;

	<ul style="list-style-type: none"> • promoção da vinculação de forma sistemática.
Objetivos específicos	Ações a realizar
Prestar cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento do RN pré-termo/ doente.	<p>Aprofundamento de conhecimentos científicos no respeitante ao desenvolvimento de competências do RN pré-termo, consoante a sua idade gestacional, através de pesquisa bibliográfica.</p> <p>Conhecimento das normas do Serviço no respeitante aos cuidados promotores do desenvolvimento do RN.</p> <p>Observação da atuação da Enfermeira Orientadora e restantes EEESIP durante a prestação de cuidados, de modo a avaliar as diferenças na prestação de cuidados de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista, adequando a prática à do EEESIP.</p> <p>Promoção do conforto do RN através dos cuidados centrados no desenvolvimento.</p> <p>Adequação dos cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento à situação clínica do RN, atendendo ainda às necessidades dos pais/cuidadores.</p>
Promover a vinculação de forma sistemática no RN doente/ com necessidades especiais.	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca desta temática.</p> <p>Pesquisa e observação de estratégias promotoras da vinculação RN/pais.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base um modelo de parceria de cuidados.</p> <p>Observação da atuação da Enfermeira Orientadora e restantes EEESIP durante a prestação de cuidados, no respeitante à promoção da vinculação, prestando cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde infantil e pediátrica.</p> <p>Utilização de estratégias para promover o contacto físico entre o RN/pais.</p> <p>Promoção da amamentação.</p>

Promover a parentalidade positiva	<p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base um modelo de parceria de cuidados.</p> <p>Inclusão dos pais/cuidadores na prestação de cuidados ao RN.</p> <p>Escuta das dúvidas dos pais e empoderamento dos mesmos para a prestação de cuidados ao RN.</p> <p>Utilização e adequação de técnicas de comunicação aos pais/ pessoa significativa.</p> <p>Promoção de uma comunicação expressiva de emoções por parte dos pais/ pessoa significativa.</p> <p>Observação do processo de vinculação dos pais/ pessoa significativa com o RN.</p>
Promover o desenvolvimento emocional do RN, tendo por base o bem-estar emocional dos pais/cuidadores.	<p>Aprofundamento de conhecimentos acerca do impacto que o bem-estar emocional da mãe/cuidador tem no desenvolvimento do RN.</p> <p>Promoção de uma comunicação expressiva de emoções por parte dos pais/cuidadores.</p> <p>Observação da importância do acompanhamento dos pais, por parte da psicóloga, no Serviço.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, direcionada aos pais/cuidadores acerca desta temática, disponibilizando tempo para partilha de sentimentos entre as mães/cuidadores.</p> <p>Orientação, quando necessário para apoio psicológico, de modo a promover o bem-estar emocional.</p>
Objetivos a atingir no Estágio Final: SUP	
Objetivo geral	Ações a realizar
Desenvolver conhecimentos e competências comuns e específicas na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.	<p>Aprofundamento dos conhecimentos científicos na área de saúde infantil e pediátrica, mais especificamente na vertente do cuidado à criança/jovem e família doente que recorre ao SUP, através de pesquisa bibliográfica.</p> <p>Estabelecimento de uma parceria com a Enfermeira Orientadora com o intuito de entender melhor a diferença entre EEESIP e enfermeiro de generalista no respeitante ao exercício da prática clínica no SUP.</p>

	<p>Integração das competências específicas do EEESIP na prática clínica.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base as competências e unidades de competência que constam no regulamento das competências específicas do EEESIP, atendendo ainda aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementação e gestão, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade; • realização dos diagnósticos precocemente e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar de um modo negativo a qualidade de vida ou vida da criança/jovem; • reconhecimento situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados; • gestão diferenciada do bem-estar e da dor e na criança/jovem, otimizando as respostas; • promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil; • estabelecimento da comunicação com a criança e família de modo apropriado à cultura e ao estadio de desenvolvimento.
Objetivos específicos	Ações a realizar
<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, em parceria com a Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem.</p>	<p>Conhecimento das metodologias de trabalho de enfermagem utilizadas no SUP, através de entrevista à Enfermeira Orientadora e da observação do trabalho da equipa de enfermagem.</p> <p>Conhecimento das normas e protocolos do Serviço no respeitante à prestação de cuidados de enfermagem.</p> <p>Aprofundamento dos conhecimentos científicos no respeitante a situações de doença mais comuns na criança/ jovem que recorrem ao SUP, através de pesquisa bibliográfica.</p>

	<p>Realização de pesquisa bibliográfica com o intuito de consolidar conhecimentos, de modo que consiga otimizar as respostas de enfermagem nas situações mais comuns de doença;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem ativamente, em colaboração com a Enfermeira Orientadora e restante equipa de Enfermagem.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base a utilização de um modelo de parceria de cuidados.</p> <p>Adequação dos cuidados de enfermagem à criança/ família atendendo ao estadio de desenvolvimento e cultura.</p>
<p>Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil em contexto de SUP, incluindo o desenvolvimento emocional.</p>	<p>Aprofundamento dos conhecimentos acerca do desenvolvimento e crescimento infantil, através da pesquisa bibliográfica, direcionando o foco de atenção em estratégias promotoras do desenvolvimento e do crescimento no SUP.</p> <p>Observação e integração de estratégias utilizadas pela Enfermeira Orientadora e restante equipa de Enfermagem no respeitante à promoção do desenvolvimento infantil em contexto de SUP.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem, em parceria com a Enfermeira Orientadora tendo por base um modelo de parceria de cuidados.</p> <p>Escuta das dúvidas das crianças e suas famílias, otimizando as respostas e empoderando-os de modo a obter ganhos em saúde.</p> <p>Facilitação de uma comunicação expressiva de emoções.</p> <p>Adequação da comunicação ao estadio de desenvolvimento e cultura da criança/ jovem e sua família.</p>

	<p>Identificação de situações de mal-estar psíquico, intervindo através de apoio emocional apropriado à criança/ jovem e família.</p> <p>Criação de uma proposta de procedimento de enfermagem de gestão da emocionalidade da criança que possa ser utilizada no SUP, sensibilizando a equipa de enfermagem para a sua utilização;</p> <p>Elaboração de um poster de fácil visualização/ interpretação acerca de estratégias que os enfermeiros possam utilizar para gerir a emocionalidade da criança.</p>
<p>Gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar da criança/jovem durante os procedimentos dolorosos.</p>	<p>Aprofundamento de conhecimentos acerca da dor, como de estratégias não farmacológicas para controlo da dor, através da realização de pesquisa bibliográfica.</p> <p>Observação e integração das práticas da Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem no respeitante ao controlo da dor durante os procedimentos dolorosos.</p> <p>Conhecimento das normas do SUP no respeitante a esta temática.</p> <p>Adequação das estratégias de controlo da dor à faixa etária da criança.</p> <p>Negociação dos cuidados com a criança e com os pais, atendendo à idade, estadio de desenvolvimento e cultura.</p> <p>Utilização da parceria de cuidados na prestação de cuidados, pedindo a colaboração dos pais durante a realização de procedimentos dolorosos com o intuito de os envolver nos cuidados, minimizando a dor da criança e ainda de diminuir o stress no momento do procedimento.</p>
<p>Promover a parentalidade positiva</p>	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca da promoção da parentalidade positiva e consciente.</p> <p>Realização de entrevista à Enfermeira Orientadora acerca de estratégias de promoção da parentalidade positiva e do papel do EEESIP no respeitante a esta temática no SUP.</p>

	<p>Prestação de cuidados de enfermagem, em parceria com a Enfermeira Orientadora tendo por base um modelo de parceria de cuidados.</p> <p>Inclusão das famílias/ cuidadores na prestação de cuidados à criança e jovem, sempre que a situação permita.</p> <p>Promoção de uma comunicação expressiva de emoções.</p> <p>Utilização de técnicas de comunicação apropriadas à criança/ jovem e sua família, atendendo à idade, estadio de desenvolvimento e cultura.</p> <p>Observação da interação da(s) criança(s)/ jovem(ns) com a família/ cuidador.</p> <p>Realização de orientação, quando necessário e fornecimento de estratégias promotoras da parentalidade positiva.</p>
Objetivos a atingir no Estágio Final: SIP	
Objetivo geral	Ações a realizar
Desenvolver conhecimentos e competências (comuns e específicas) na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.	<p>Aprofundamento de conhecimentos científicos na área de saúde infantil e pediátrica, mais especificamente na vertente do cuidado à criança/jovem e família hospitalizada, através de pesquisa bibliográfica.</p> <p>Prestação de cuidados, conjuntamente com a Enfermeira Orientadora com o intuito de desenvolver a prática clínica especializada.</p> <p>Integração das competências específicas do EEESIP na prática clínica.</p>

	<p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base as competências e unidades de competência que constam no regulamento das competências específicas do EEESIP, atendendo ainda aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementação e gestão, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade; • gestão diferenciada do bem-estar e da dor e na criança/jovem, otimizando as respostas; • promoção da adaptação da criança/ jovem e sua família à doença crónica/ doença oncológica/ deficiência/incapacidade; • promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil; • utilização de técnicas de comunicação com a criança e família, de modo apropriado à cultura e ao estadio de desenvolvimento; • promoção da autoestima do adolescente bem como a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.
<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em colaboração com a Enfermeira Orientadora, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, atendendo ao processo de hospitalização.</p>	<p>Conhecimento das metodologias de trabalho de enfermagem utilizadas no SIP, através da observação do trabalho da equipa de enfermagem e de entrevista à Enfermeira Orientadora.</p> <p>Conhecimento dos protocolos e normas de enfermagem do Serviço.</p> <p>Aprofundamento dos conhecimentos científicos no que concerne ao impacto da hospitalização no desenvolvimento da criança/ jovem, através da pesquisa bibliográfica.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica, de observação da prática clínica da Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem para entender estratégias que minimizem o impacto da hospitalização no desenvolvimento da criança.</p>

	<p>Prestação de cuidados de enfermagem ativamente, em colaboração com a Enfermeira Orientadora e restante equipa de Enfermagem.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base a utilização de um modelo de parceria de cuidados.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem que assentem numa filosofia de cuidados atraumáticos.</p> <p>Adequação dos cuidados de enfermagem à criança/ família atendendo ao estadio de desenvolvimento e cultura.</p>
<p>Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil em contexto de internamento, incluindo o desenvolvimento emocional.</p>	<p>Aprofundamento dos conhecimentos acerca do desenvolvimento e crescimento infantil, através da pesquisa bibliográfica, direcionando o foco de atenção em estratégias promotoras do desenvolvimento e do crescimento em contexto de hospitalização.</p> <p>Observação e implementação de estratégias utilizadas pela Enfermeira Orientadora e restante equipa de Enfermagem no respeitante à promoção do desenvolvimento infantil em contexto de internamento.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem à criança/ jovem e família, em parceria com a Enfermeira Orientadora tendo por base um modelo de parceria de cuidados.</p> <p>Utilização de estratégias de comunicação que promovam uma comunicação expressiva de emoções e que facilitem a exposição de dúvidas por parte da criança/ jovem e sua família.</p> <p>Adaptação da comunicação ao estadio de desenvolvimento e cultura da criança/ jovem e sua família.</p> <p>Reconhecimento de situações de mal-estar psíquico, intervindo através de apoio emocional apropriado à criança/ jovem e família.</p>

<p>Promover o bem-estar emocional da criança hospitalizada através do brincar terapêutico.</p>	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca do brincar enquanto promotor do desenvolvimento.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica para melhor conceber o impacto do brincar terapêutico na hospitalização da criança.</p> <p>Aquisição de conhecimentos das práticas da equipa de enfermagem referentes ao brincar terapêutico, através de observação e de entrevista exploratória.</p> <p>Sensibilização dos profissionais de saúde para a temática do brincar terapêutico através de uma sessão de formação.</p> <p>Criação de um brinquedo terapêutico cujo objetivo seja identificar as emoções da criança hospitalizada, tendo por base o livro “O Monstro das Cores”, de Anna Llenas.</p>
<p>Gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar da criança/jovem durante os procedimentos dolorosos.</p>	<p>Recorrência à pesquisa bibliográfica para reconhecer novas estratégias não farmacológicas para controlo da dor.</p> <p>Observação e implementação das práticas da Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem no respeitante ao controlo da dor durante os procedimentos dolorosos.</p> <p>Conhecimento das normas do Serviço no respeitante a esta temática.</p> <p>Adequação das estratégias de controlo da dor à faixa etária da criança.</p> <p>Negociação dos cuidados com a criança e com os pais, atendendo à idade, estadio de desenvolvimento e cultura.</p> <p>Realização da prática clínica utilizando a parceria de cuidados, pedindo a colaboração dos pais durante a realização de procedimentos dolorosos com o intuito de os envolver nos cuidados, minimizando a dor da criança e ainda de diminuir o stress no momento do procedimento.</p>

Promover a parentalidade positiva	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca da promoção da parentalidade positiva e consciente.</p> <p>Realização de entrevista à Enfermeira Orientadora acerca de estratégias de promoção da parentalidade positiva e do papel do EEESIP no respeitante a esta temática no SIP.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem, em parceria com a Enfermeira Orientadora tendo por base um modelo de parceria de cuidados e uma filosofia de cuidados atraumáticos.</p> <p>Inclusão das famílias/ cuidadores na prestação de cuidados à criança e jovem.</p> <p>Promoção de uma comunicação expressiva de emoções.</p> <p>Adequação da comunicação à idade, estadio de desenvolvimento e cultura da criança/ jovem e sua família.</p> <p>Observação da interação da(s) criança(s)/ jovem(ns) com a família/ cuidador.</p> <p>Orientação, quando necessário e fornecimento de estratégias promotoras da parentalidade positiva.</p>
-----------------------------------	--

Apêndice C: Planeamento do Projeto de Estágio

Estágio I – UCSP

Objetivo geral – Promover o desenvolvimento emocional na primeira infância.

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos	
		Materiais	Humanos
Aprofundar conhecimentos acerca do desenvolvimento emocional na primeira infância, bem como da sua promoção e avaliação.	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca do desenvolvimento emocional na primeira infância.</p> <p>Observação das consultas de enfermagem, com intuito de perceber o modo como se promove e avalia o desenvolvimento emocional na primeira infância.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca da promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância em contexto de CSP.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre escalas de avaliação do desenvolvimento emocional na primeira infância.</p>	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Livros.</p>	<p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Docente Orientador.</p>
Conhecer a atuação da equipa de enfermagem referente à promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância.	<p>Apresentação da área temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador.</p> <p>Realização de entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber as práticas existentes para a promoção do desenvolvimento emocional na primeira infância.</p>	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Computador;</p> <p>Roteiro de entrevista.</p>	<p>Enfermeiro Chefe;</p> <p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Equipa de enfermagem;</p> <p>Criança e família.</p>

	Observação e integração nas consultas de enfermagem de saúde infantojuvenil, tendo em especial atenção o enfoque dado a questões emocionais na primeira infância.		
Sensibilizar os profissionais de saúde para a avaliação do desenvolvimento emocional na primeira infância através de um instrumento fiável.	Realização de entrevista aos enfermeiros do Serviço com o intuito de identificar os conhecimentos da equipa acerca do desenvolvimento emocional e da sua avaliação. Realizar uma sessão de formação de modo a realçar a importância de avaliar o desenvolvimento emocional na primeira infância, enfatizando o privilégio da consulta de saúde infantojuvenil.	Computador; Internet; Impressora; Livros; Material de escrita diverso (folhas, canetas); Roteiro de entrevista.	Enfermeiro Chefe; Enfermeiro Orientador Equipa de enfermagem;
Capacitar os profissionais de saúde para a utilização de uma escala de avaliação de desenvolvimento emocional.	Elaboração de uma proposta de procedimento de enfermagem de avaliação de desenvolvimento emocional em consulta de saúde infantojuvenil. Avaliação da proposta de procedimento através de entrevista à Enfermeira Orientadora. Divulgação do instrumento criado, com o intuito de promover a sua utilização no decurso das consultas de enfermagem de saúde infantojuvenil.	Computador; Internet; Impressora; Livros; Material de escrita diverso (folhas, canetas); Roteiro de entrevista.	Enfermeiro Chefe; Enfermeiro Orientador Equipa de enfermagem; Docente Orientador.
Estágio Final – UCIN			
Objetivo geral – Promover o desenvolvimento emocional na primeira infância.			

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos	
		Materiais	Humanos
Aprofundar conhecimentos acerca das competências emocionais do RN, bem como da promoção do desenvolvimento emocional do RN.	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca das competências emocionais do RN.</p> <p>Realização da pesquisa bibliográfica acerca da temática do desenvolvimento emocional do RN.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre as vivências dos pais/famílias cujos filhos necessitam de internamento em UCIN.</p>	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Livros.</p>	<p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Docente Orientador.</p>
Conhecer a atuação da equipa de enfermagem referente ao desenvolvimento emocional do RN.	<p>Apresentação da área da temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador.</p> <p>Leitura das normas de procedimento do Serviço no respeitante à promoção do desenvolvimento infantil (incluindo o emocional).</p> <p>Realização de uma entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber as práticas promotoras do desenvolvimento emocional do recém-nascido existentes no Serviço.</p> <p>Observação e integração das atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora.</p>	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Normas do Serviço;</p> <p>Roteiro de entrevista.</p>	<p>Enfermeiro Chefe;</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Equipa de Enfermagem;</p>
Capacitar os pais para a promoção do desenvolvimento	Planeamento de uma sessão de educação para a saúde com os pais.	<p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Impressora;</p>	<p>Enfermeiro Chefe;</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Docente Orientador.</p>

emocional do RN internado em UCIN.	<p>Divulgação da sessão de educação, afixando o plano da sessão no Serviço.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde com os pais, promovendo uma comunicação expressiva de emoções.</p> <p>Avaliação da sessão realizada.</p>	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Fita cola;</p> <p>Caixa;</p> <p>Papel de embrulho;</p> <p>Videoprojector;</p> <p>Sala de reuniões;</p> <p>Questionário de avaliação.</p>	Pais/ famílias dos recém-nascidos internados.
------------------------------------	---	---	---

Estágio Final – SUP

Objetivo geral – Promover o desenvolvimento emocional na primeira infância

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos	
		Materiais	Humanos
Conhecer as práticas da equipa de enfermagem referentes ao desenvolvimento emocional durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP.	<p>Apresentação da área da temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador.</p> <p>Leitura das normas de procedimento do Serviço no respeitante a estratégias promotoras do desenvolvimento infantil (incluindo o emocional), durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP.</p> <p>Realização de uma entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber de que modo promovem o desenvolvimento</p>	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Normas do Serviço;</p> <p>Roteiro de entrevista.</p>	<p>Enfermeiro Chefe;</p> <p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Equipa de enfermagem.</p>

	<p>infantil durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP.</p> <p>Observação e integração das atividades em parceria com a Enfermeira Orientadora.</p>		
<p>Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da gestão da emocionalidade da criança que recorre ao SUP, durante a primeira infância.</p>	<p>Identificação das estratégias utilizadas para a gestão da emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância através de observação e de entrevista.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca da gestão da emocionalidade.</p> <p>Realização de uma sessão de formação de modo a realçar o impacto que a recorrência ao SUP tem no desenvolvimento infantil.</p>	<p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Livros;</p> <p>Impressora;</p> <p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Roteiro de entrevista.</p>	<p>Enfermeiro Chefe;</p> <p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Equipa de enfermagem;</p>
<p>Capacitar os profissionais de saúde para a utilização de estratégias de gestão da emocionalidade, durante a primeira infância, da criança que recorre ao SUP.</p>	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da gestão emocional da criança que recorre aos Serviços de saúde.</p> <p>Elaboração de uma proposta de procedimento de enfermagem de gestão da emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância.</p> <p>Avaliação da proposta de procedimento através de entrevista à Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem.</p>	<p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Livros;</p> <p>Impressora;</p> <p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Roteiro de entrevista.</p>	<p>Enfermeiro Chefe;</p> <p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Equipa de enfermagem;</p> <p>Docente orientador.</p>

	<p>Realização de um poster que possa ficar visível de modo a relembrar estratégias de gestão da emocionalidade.</p> <p>Divulgação dos instrumentos criados, com o intuito de promover a sua utilização durante a prestação de cuidados.</p>		
Estágio Final – SIP			
Objetivo geral - Promover o desenvolvimento emocional na primeira infância.			
Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos	
		Materiais	Humanos
Aprofundar conhecimentos acerca da promoção do desenvolvimento infantil, na primeira infância, da criança hospitalizada.	<p>Apreciação de evidência científica sobre o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil (incluindo o emocional).</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca de estratégias que minimizem o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil (incluindo o emocional).</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre estratégias promotoras do desenvolvimento infantil (incluindo o emocional) durante a hospitalização da criança.</p>	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Computador;</p> <p>Internet;</p> <p>Livros.</p>	<p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Docente Orientador.</p>
Conhecer as práticas da equipa de enfermagem referentes à promoção do desenvolvimento	Apresentação da área da temática à Enfermeira Chefe do Serviço e ao Enfermeiro Orientador.	<p>Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p> <p>Computador;</p>	<p>Enfermeiro Chefe;</p> <p>Enfermeiro Orientador</p> <p>Equipa de enfermagem;</p>

<p>emocional na primeira infância da criança internada.</p>	<p>Realização de uma entrevista aos enfermeiros do Serviço com o objetivo de perceber de que modo se promove o desenvolvimento (incluindo o emocional) da criança internada no Serviço, durante a primeira infância.</p>	<p>Roteiro de entrevista.</p>	<p>Docente Orientador.</p>
<p>Sensibilizar os profissionais de saúde para a temática do brincar terapêutico.</p>	<p>Identificação dos conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a importância do brincar terapêutico, através de entrevista.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca do brincar terapêutico.</p> <p>Planeamento de uma sessão de formação acerca do brincar terapêutico.</p> <p>Realização uma sessão de sensibilização sobre o brincar terapêutico.</p> <p>Aplicação de um questionário de modo a avaliar a sessão formativa.</p>	<p>Computador; Internet; Sala de reuniões; Videoprojector; Impressora; Material de escrita diverso (folhas, canetas); Roteiro de entrevista; Questionário de avaliação.</p>	<p>Enfermeiro Chefe; Enfermeiro Orientador Equipa de enfermagem; Docente Orientador.</p>
<p>Elaborar um jogo que promova a exploração e expressão de emoções da criança internada, durante a primeira infância.</p>	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática das emoções e da expressão emocional.</p> <p>Elaboração do jogo.</p> <p>Apresentação do jogo à equipa de enfermagem.</p> <p>Divulgação do jogo para promoção da sua utilização enquanto ferramenta de enfermagem.</p>	<p>Computador; Internet; Livros; Impressora; Material de escrita diverso (folhas, canetas);</p>	<p>Enfermeiro Chefe; Enfermeiro Orientador Equipa de enfermagem.</p>

		Cartolina; Papel autocolante; Velcro.	
--	--	---	--

Apêndice D: Cronograma do Planeamento do Projeto de Estágio

		2021						2022			
Tempo		Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Atividades											
Revisão bibliográfica											
Diagnóstico de situação											
Definição de objetivos											
Planeamento											
Execução											
Avaliação											
Elaboração do relatório final											

Legenda:

	Pausa letiva		Estágio Final: SUP
	Estágio I: UCSP		Estágio Final: SIP
	Estágio Final: UCIN		

Apêndice E: Proposta de procedimento de enfermagem de avaliação de desenvolvimento emocional em consulta de saúde infantojuvenil

PROPOSTA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM DE AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL EM CONSULTA DE SAÚDE INFANTOJUVENIL

Trabalho elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Escola Superior de Saúde São João de Deus, Universidade de Évora

Autora: Joana Andrez (m47476)

Sob orientação de: EEESIP [REDACTED]; Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

I. JUSTIFICAÇÃO

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil enfoca questões que se relacionam com o desenvolvimento infantil, transmitindo a necessidade de intervenção a nível de prevenção de perturbações emocionais (DGS,2013).

No respeitante ao desenvolvimento, a primeira infância edifica-se como a fase mais crítica e também a mais vulnerável no desenvolvimento da criança, sendo que o período dos 0 aos 5 anos é demarcado por importantes e rápidas transformações que definirão uma grande parte da esfera psicoafectiva da criança. Nesta fase estabelecem-se as bases para o desenvolvimento moral, intelectual e emocional. Esta condição de vulnerabilidade não deve impedir quer o interesse como a compreensão das suas vontades, consagrando-se não só o respeito, como o dever de lhe providenciar condições que favoreçam um desenvolvimento global positivo, identificando os prestadores de cuidados como os principais impulsionadores desse mesmo desenvolvimento. Neste contexto, é imperativo a obrigação de atuar de modo a

promover o bem, uma vez que as suas capacidades cognitivo-morais demarcam as suas tomadas de decisão. Deste modo, a maior preocupação do desenvolvimento da criança é que ela seja feliz (OE, 2010). Importa referir que tanto o crescimento como o desenvolvimento podem organizar-se sob variadas perspetivas: linguagem, físico, social, cognitivo e emocional. Todas as áreas devem ser avaliadas, sendo importante apoiar a progressão em cada uma delas (Johnson & Keogh, 2012).

As perturbações emocionais e do comportamento na infância e na adolescência têm atingido uma prevalência significativa devido à especificidade das características da sociedade atual (DGS, 2013). A intervenção tanto na infância como na adolescência para problemas quer emocionais como comportamentais beneficia não só da avaliação como de uma intervenção precoce. Não atender a sintomatologia de um possível início de transtorno de saúde mental, descuidando a intervenção apenas para o momento do diagnóstico, dificultará tanto o tratamento, como a reabilitação e ainda a reinserção (Major & Seabra Santos, 2013, citado por Nabais & Nunes, 2020).

A Pandemia COVID-19, desde que surgiu, tem apresentado um impacto negativo na maioria dos pilares em que a sociedade se sustenta, nomeadamente saúde, mobilidade, trabalho, comunicação, economia e relacionamento social/ familiar e interpessoal. O impacto na saúde das diversas populações e a velocidade de transmissão da informação gera nas pessoas sentimentos frequentes de angústia, ansiedade, medo e apresenta implicações tanto diretas como indiretas na saúde mental social e individual. Estas implicações, por sua vez, apresentam um peso significativo nos adultos, nas crianças e nos adolescentes (DGS, 2020). Neste contexto, múltiplos são os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos, com o intuito de avaliar o impacto da pandemia no desenvolvimento psicológico tanto das crianças como dos adolescentes, denotando-se que os problemas comportamentais e emocionais mais frequentes são a irritabilidade, a distração, o medo do contágio e a dependência excessiva dos familiares. Verificaram-se ainda situações de anorexia, perturbações do sono e pesadelos, agitação e sintomas físicos. O distanciamento social a que têm sido sujeitas, nos últimos tempos, pode acentuar ou fazer emergir dificuldades comportamentais e funcionais nas pessoas, sendo as crianças um grupo de grande vulnerabilidade (Núcleo Ciência Pela Infância, 2020; Figueiredo, 2020; Jiao et al., 2020).

Deste modo, ainda que se denote a crescente importância de promover o desenvolvimento global da criança/ jovem, é notório que nas consultas de enfermagem de

saúde infantojuvenil, as avaliações do crescimento e do desenvolvimento acabam por centrar-se no desenvolvimento psicomotor e seguindo a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan modificada as áreas de competências avaliadas centram-se na audição e linguagem, no comportamento e adaptação social, na postura e motricidade global, na visão e motricidade fina (DGS, 2013; Silva et al., 2018).

Assim, emerge a preocupação da utilização de um instrumento de avaliação que quantifique/ measure o desenvolvimento emocional da criança de modo que se consigam despistar precocemente situações-problema, adequando as intervenções de enfermagem, bem como o encaminhamento adequado quando necessário. Neste sentido, foi realizada pesquisa bibliográfica direcionada ao encontro de um instrumento de avaliação do desenvolvimento emocional, traduzido e validado em Portugal, em variadas bases de dados e livros. Com a revisão da literatura, denotou-se a escassez de instrumentos que permitam avaliar e mensurar o desenvolvimento emocional durante a primeira infância. Ainda que existam escalas como a *“Behavioral and Emotional Rating Scale”*, que avalia as competências e forças das crianças dos 5 aos 18 anos, ou a *“Assessment of Children’s Emotion Skills”*, que avalia o conhecimento emocional em crianças (Pinto & Raimundo, 2016), denotou-se que as mesmas não se adequavam aos objetivos da presente proposta de procedimento. O instrumento de avaliação que revelou maior pertinência, de acordo com os objetivos definidos, encontra-se descrito no Manual de Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento da Infância, no anexo A: Avaliação de etapas e de competências do desenvolvimento. Este instrumento pretende avaliar o desenvolvimento do bebé/ criança, dos 0 aos 5 anos através dos múltiplos domínios de competências (emocional, social-relacional, linguagem-comunicação social, cognição e motor) (ZERO TO THREE, 2020).

Uma vez que, atendendo ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e utilizando a escala de avaliação de Mary Sheridan modificada como instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, se conseguem avaliar os variados domínios de competência, à exceção do emocional, adaptou-se a tabela de avaliação de etapas e competências do desenvolvimento descrita no Manual de Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento da Infância (ZERO TO THREE, 2020), enfatizando apenas o domínio emocional, surgindo assim um protótipo de instrumento que avalie o desenvolvimento emocional.

De acordo com os autores, a tabela expõe uma amostra de marcos-chave colhidos de uma coletânea de fontes científicas e credíveis, sendo pretendida a sua utilização “como um

meio de documentar observações do desenvolvimento funcional de um bebê/ criança pequena” (ZERO TO THREE, 2020, p. 199).

II. OBJETIVOS

Geral: Avaliar o desenvolvimento emocional infantil através de um instrumento fiável.

Específicos: Mensurar o desenvolvimento emocional;

Promover o desenvolvimento emocional;

Detetar situações-problema relacionadas com o desenvolvimento emocional;

Intervir precocemente em situações de risco, adequando as intervenções de enfermagem;

Encaminhar, quando necessário, crianças cujo desenvolvimento emocional não seja adequado.

III. ATUAÇÃO

Classificar os comportamentos individuais, que se encontram descritos nas tabelas que se seguem, com a descrição “Etapa”, no intervalo de idade do seguinte modo:

1- Completamente presente;

2- Presente de forma inconsistente ou emergente;

3- Ausente.

Avaliar a competência do seguinte modo:

1- Excede as expectativas de desenvolvimento;

2- Funciona a um nível apropriado para a idade;

3- Competências presentes inconsistentemente ou emergentes;

4- Não corresponde às expectativas de desenvolvimento (atraso ou desvio).

Aos 3 meses de idade				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Autorregula-se com facilidade.			
	Demonstra interesse no ambiente quando está alerta.			
	Conforta-se com a proximidade dos cuidadores e com movimentos calmos.			
	Mantém-se num estado calmo e focado durante pelo menos 2 minutos.			
	Faz transições de estado de sono e vigília de forma gradual.			
	Demonstra contentamento ou desconforto.			
Aos 6 meses de idade				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Responde ao afeto com sorriso, balbucio ou acalmando-se.			
	Demonstra uma série de emoções que incluem felicidade, entusiasmo, tristeza, medo, stresse, nojo, zanga, alegria, interesse e surpresa.			

	Demonstra zanga, frustração ou insatisfação com o choro e expressões faciais distintas.			
	Recupera quando confortado pelo cuidador.			
Aos 9 meses de idade				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Tem estratégias de autorregulação.			
	Demonstra preferência no cuidador.			
	Comunica intencionalmente sentimentos.			
Aos 12 meses de idade (1 ano)				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Olha para o cuidador à procura de informação sobre novas situações e novos ambientes.			
	Olha para o cuidador para partilhar experiências emocionais.			
	Reage às emoções dos outros.			
	Utiliza gestos para comunicar os sentimentos.			
Aos 15 meses de idade (1 ano e 3 meses)				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Demonstra afeto com beijos.			

	Demonstra comportamento de medo ou receio como esconder-se atrás do cuidador ou escalar por ele acima.			
Aos 18 meses de idade (1 ano e meio)				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Demonstra estratégias para se confrontar.			
	Partilha graças com os pares ou com os adultos.			
Aos 24 meses de idade (2 anos)				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Mostra constrangimento e orgulho.			
	Monstra vergonha e culpa.			
	Monstra empatia.			
	Tenta mostrar a sua independência com frequência.			
	Nomeia ou compreende a designação de emoções básicas.			
Aos 36 meses de idade (3 anos)				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Mostra um leque alargado de emoções, incluindo orgulho, vergonha, culpa e empatia.			

	Mostra angústia ou raiva através das palavras			
	Mostra orgulho em novas aprendizagens e novas experiências.			
	Mostra afeto e afeição abertamente e através de palavras.			
	Expressa sentimentos através do jogo faz de conta e da dramatização.			
Aos 48 meses de idade (4 anos)				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Expressa desconforto ou raiva com palavras.			
	Transmite experiências emocionais em jogo faz de conta.			
	Cumpre regras culturais básicas na expressividade emocional.			
Aos 60 meses de idade (5 anos)				
Domínio de competências	Etapa	Avaliação da etapa	Comentário	Avaliação de competências
Emocional	Expressa duas ou mais emoções ao mesmo tempo.			
	Demonstra consciência e interesse no seu próprio sucesso.			
	Demonstra maior confiança associada e ganhos na independência e autonomia.			

Tabela 1: (ZERO TO THREE, 2020, pp.200-226).

IV. REGISTOS

Os registos são executados na tabela e arquivados no processo clínico da criança. Pode ainda redigir-se em “nota geral” no programa informático SClínico®, uma breve descrição da avaliação de competências realizada, de modo a garantir o registo informático do procedimento.

V. CONCLUSÃO

Compete ao enfermeiro avaliar e promover o desenvolvimento infantil em todas as suas dimensões, incluindo a emocional.

As linhas orientadoras quando à avaliação do desenvolvimento infantil preconizadas no PNSIJ acabam por se centrar no desenvolvimento psicomotor e seguindo a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan modificada as áreas de competências avaliadas centram-se na audição e linguagem, no comportamento e adaptação social, na postura e motricidade global, na visão e motricidade fina.

Assim, a presente proposta de procedimento de enfermagem demonstra-se uma útil ferramenta para avaliar as competências emocionais das crianças durante a primeira infância, de modo que se consigam despistar precocemente situações-problema, adequando as intervenções de enfermagem, bem como o encaminhamento adequado quando necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.
- DGS. (2020). *Covid-19: Fase de Mitigação*. DGS.
- Figueiredo, C. (2020). *COVID-19: o impacto no desenvolvimento infantil*. <https://bit.ly/32Thlfz>
- Jiao, W.Y., Wang, L.N., Liu, J., Fang, S.F., Jiao, F.Y., Pettoello-Mantovani, M. & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the Covid-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, (221), 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Johnson, J.Y. & Keogh, J. (2012). *Enfermagem pediátrica desmistificada*. Lusodidacta.
- Nabais, A. & Nunes, L. (2020). A criança e o Jovem com Problemas de Saúde Mental. In Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 193-216). Lidel.
- Núcleo Ciência Pela Infância. (2020). *Repercussões da Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil*. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
- OE. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Volume I). OE. <https://bit.ly/3rEDgq8>
- Pinto, A.M. & Raimundo, R. (Coords.) (2016). *Avaliação e Promoção de Competências Socioemocionais em Portugal*. (1ª edição). Coisas de ler.
- Silva, J., Massena, L., Pinheiro, M., Carvalho, A. & Teixeira, A. (2018). *Manual de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://bit.ly/32wPdEi>
- ZERO TO THREE. (2020). *DC:0-5™ - Manual de Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento da Infância*. (1ª edição). Psiquilibrios edições.

Apêndice F: Planeamento da sessão de educação para a saúde “Oficina do Sentir”

Plano da sessão de formação

Enfermagem | Sessão de capacitação com os pais

UCIN – Sala de
reuniões
21/10/21 às 14 horas

OFICINA DO SENTIR

UCIN/2021

Objetivos

Geral:

- Promover o desenvolvimento emocional do recém-nascido.

Específicos:

- Promover uma comunicação expressiva de emoções;
- Demonstrar a importância que o bem-estar emocional dos pais tem no bebé;
- Incentivar o bem-estar emocional.



Destinatários

Pais dos recém-nascidos internados na UCIN.

Formadores

Joana Andrez (Aluna de MEESIP);
[REDACTED] (EEESIP).

Conteúdos programáticos

- O bebé imaginário vs. o bebé real;
- O internamento do recém-nascido em UCIN;
- Os sentimentos dos pais/ família face ao internamento;
- A importância da expressão emocional;
- O desenvolvimento do recém-nascido;
- Benefícios da presença da mãe/ família na UCIN;
- Gestão emocional.

Resultados esperados

Incentivar o bem-estar emocional dos pais, demonstrando a importância que este bem-estar tem no bebé.

Capacitar os pais para promover o desenvolvimento emocional do recém-nascido.

Métodos pedagógicos e outros recursos

Método expositivo com recurso a power point, projetor e internet.

Apêndice G: Sessão de educação para a saúde: “Oficina do Sentir”



1

Oficina do Sentir – Sessão de partilha de sentimentos

Objetivo geral:

- Promover o desenvolvimento emocional do RN.

Objetivos específicos:

- Promover uma comunicação expressiva de emoções;
- Demonstrar a importância que o bem-estar emocional dos pais tem no bebé;
- Incentivar o bem-estar emocional.

Duração estimada: 45 minutos

2

O IMAGINÁRIO DO BEBÉ: EXPECTATIVA

- Antes do nascimento, os pais imaginam o bebé e idealizam-no.
- Sonham com o nascimento: ausência de intercorrências.
- Assim é construída a imagem do filho saudável, que se juntará à mãe após o nascimento e consigo permanecerá até à alta.



(Brazfous & Camer, 1992, citado por Ramos et al., 2020) (Mills et al., 2017, citado por Escudé et al., 2021)

3

O bebé real

- É no momento do nascimento que o bebé imaginário se torna no bebé real, podendo ou não corresponder à expectativa dos seus progenitores.



(Brazfous & Camer, 1992, citado por Ramos et al., 2020)

4

A realidade: o nascimento de um prematuro

- A imagem deste bebé imaginário é desconstruída.
- Surgem sentimentos negativos consequentes do medo do desconhecido, da perda do filho imaginário e da possibilidade de perda do filho real.



(Muller et al., 2014, citado por Escudé et al., 2021) (Muller & Mouton, 2015, citado por Escudé et al., 2021) (Almeida et al., 2018, citado por Escudé et al., 2021)

5

Parto prematuro



©Guer et al., 2020

6

E a vossa experiência?

Peço que escrevam em apenas uma palavra a vossa experiência face ao nascimento e internamento do vosso filho real.



7

O internamento do RN em UCIN

- Quando o bebé nasce prematuro e emerge a necessidade de cuidados de saúde especializados, a mãe/ pai torna-se um **mero expectador** dos cuidados que são prestados pela equipa de saúde.



Cenário composto por luzes, fios, aparelhos, profissionais e alarmes/ ruidos

Incertezas e inseguranças à mãe, em relação à vida do bebé fora daquele ambiente

8

A necessidade do internamento e os sentimentos

- Momento stressante para a mãe e restante família.
- Emergem sentimentos de perda, de receio quanto ao ambiente hospitalar que é temido e desconhecido e pelo **distanciamento** entre a mãe e o filho.

↓

Dificulta a criação do vínculo mãe/filho, afetando a intimidade materna.

9

E as mães/ pais aqui presentes, o que sentem?

- Retire**, da "caixinha dos sentimentos" um papel e **leia** a palavra em voz alta.
- Se quiser, faça uma **breve partilha** dizendo se também experienciou o sentimento que leu, acrescentando **informação** sobre a sua vivência que lhe pareça relevante.



10

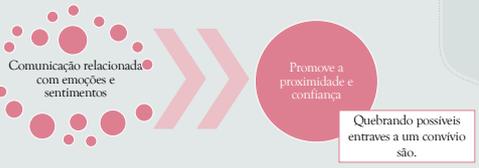
Outras pessoas que passaram por algo semelhante referem sentir...

Insegurança e impotência (por não conseguirem cuidar do filho sozinhas)	Falta de preparação para cuidar do bebé	Preocupação	Medo
Angústia	Alegria (porque o filho está vivo)	Frustração (porque não conseguem cuidar do RN sozinhas)	

11

E, qual a importância de manifestar o que sinto?

- Expressar de um modo adequado os nossos sentimentos é **essencial** para manter a saúde física e mental.



Comunicação relacionada com emoções e sentimentos

Promove a proximidade e confiança

Quebrando possíveis entraves a um convívio são.

12

E que influência isso tem no bebê?

- As **alterações emocionais** da mãe/ pai podem interferir no desenvolvimento do bebê.
- O stress, a ansiedade e a depressão pós-parto são **fatores de risco** para o desenvolvimento infantil, uma vez que podem afetar na interação mãe-filho, na disponibilidade da mãe para prestar cuidados e no desenvolvimento social, cognitivo e afetivo do bebê.

©Baron et al., 2006; Ribeiro et al., 2014, citado por Alves et al., 2018; Brunson, et al., 2012, citado por Alves et al., 2018; Figue & Pincus, 2005, citado por Alves et al., 2018; Edwards et al., 2014, citado por Alves et al., 2018

13

Influências envolvidas no desenvolvimento da criança



DESENVOLVIMENTO
NEUROBIOLÓGICO



VIDA EMOCIONAL



AMBIENTE

©Brazton, 1999, citado por Vilca & Ramos, 2020

14

Forças que incentivam o desenvolvimento do RN

Feedback interno

- Papel central na vida emocional do RN:
 - capacidade de resistir à frustração.

Feedback externo

- A influência do ambiente:
 - estimulação dos pais.

©Brazton, 1999, citado por Vilca & Ramos, 2020

15

As capacidades socio-emocionais do bebê

- Estão presentes desde o nascimento, e servem de base para todo o desenvolvimento.

Relações
marcadas por
laços amorosos



Sensação de conforto, segurança e incentivo.

Laços fortes e
emocionalmente
saudáveis



Confiança, empatia, compaixão e noção de certo e de errado.

Desde que nasce, o RN aprende quem é pelo modo como é tratado, por isso as relações diárias com os pais transmitem mensagens que moldam a sua autoestima.

GERO-TOT-EEB, 2020 (GERO-TOT-EEB, 2020)

16

Benefícios da presença ativa da mãe/ pai na UCIN

Efeitos cognitivo-emocionais

- O desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas sofre uma grande influência pela qualidade da interação que as mães têm com os seus bebés.

Efeitos físicos

- da dependência do ventilador; de peso; início precoce da sucção não nutritiva; autorregulação; melhoria neurocomportamental; e do tempo de hospitalização.

(Vilca & Ramos, 2021; Lima e Saez, 2019; Fraga et al., 2020, citado por Rodim et al., 2016)

17

Algumas estratégias para atenuar as emoções

Procurar apoio	É importante recorrer à sua rede de pessoas significativas; Pode utilizar as redes sociais para se expressar, se achar conveniente; Na UCIN, a equipa de Enfermagem tem sempre disponibilidade para escutar e auxiliar a minimizar a ansiedade. A UCIN dispõe de Serviço de Psicologia.
Escrever sobre emoções	Utilizar um diário emocional; de gratidão; de preocupações; do futuro...
Utilizar técnicas de relaxamento	Respiração abdominal; meditação; relaxamento muscular progressivo...

(Lima e Saez, 2019) (Cacino, 2014)

18

A reter:

- Não existem sentimentos certos, nem errados.
- É importante exteriorizar o que estamos a sentir.
- Cuidar do seu bem-estar é cuidar do desenvolvimento do seu filho!



19

Obrigada pela vossa atenção e disponibilidade.



20

Referências bibliográficas

- Alves, G.M.A.N., Rodrigues, O.M.F.R. & Cardoso, F. (2018, dezembro). Indicadores Emocionais de Mães de Bebês com Risco para o Desenvolvimento. *Penando Família*, 22 (2), 70-87.
- Cruz, D.S.M., Oliveira, F.T.R.O., Marques, D.K.A.M., Sousa, L.V.B. (2016, dezembro). Sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos-pacientes de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, 14 (2), 105-114.
- Enajati, N.F., Mofrad, V.M., Gohari, R.I.R., Vae, J.C., Shok, L.I., Khani, M.M. & Moshf, S.P.Z. (2021) Sentimentos vivenciados pelas mães na hospitalização neonatal. *Ejem Fam*, 1 (1), 17-18. DOI: 10.23675/2155577X.2021.01.01.4038
- Lima, L.G. & Suelha, L.N. (2019). A experiência da maternidade: diante da internação do bebê em UTI. Uma recordação rissa de sentimentos. *Psicologia em estudo*, 38(179/04), 1-14. DOI: 10.4025/psicolestud.v24n0.38179
- Queiroz, M. (2018). *Inteligência Emocional – Aprenda a Ser Feliz* (1ª Edição). Porto, Portugal: Porto Editora.
- Ramos, M., Vilaca, S. & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In: *Barbieri-Figueroa, M.C. & Ramos, A.L. (Coord.). Enfermagem em Saúde da Criança e do Idoso* (1ª edição) – pp. 118 - 146. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Rubin, A.P.P., Junke, R.C.R. & Valente, A.A. (2018). Bem-estar emocional de mães e pai e o exercício do papel parental: uma investigação empírica. *Revista Brasileira de Psicologia e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 25-38.
- Rubin, K.M.C., Santiago, N.R., Vieira, T.L., Sanches, M.C., Ferra, M.A., Boudart, H. & Moreira, P. (2016). Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ejem Fam*, 1 (1), 42-46.
- Vilaca, S. & Ramos, M. (2020). O Recém-nascido. In: *Barbieri-Figueroa, M.C. & Ramos, A.L. (Coord.). Enfermagem em Saúde da Criança e do Idoso* (1ª edição) – pp. 104 - 115. Lisboa, Portugal: Lidel.
- ZERO TO THREE (2020). *Social-Emotional Development: Birth to 12 Months*. Disponível em: <https://bit.ly/2Z7v4E9>
- ZERO TO THREE (2020). *DSM-5™ Manual de Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento da Infância* (1ª edição). Braga, Portugal: Paquibela edições.

21

Apêndice H: Proposta de procedimento de enfermagem de gestão de emocionalidade da criança que recorre ao SUP durante a primeira infância

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PROPOSTA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM DE GESTÃO DE EMOCIONALIDADE DA CRIANÇA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DURANTE A PRIMEIRA INFÂNCIA

Trabalho elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Escola Superior de Saúde São João de Deus, Universidade de Évora

Autora: Joana Andrez (47476)

Sob orientação de: EEESIP [REDACTED]; Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

I. JUSTIFICAÇÃO/ ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A hospitalização de uma criança, envolve toda a família, sendo um momento gerador de stress para todos os envolvidos (Tavares, 2020). Se por um lado, esta experiência pode despertar estados emocionais perturbadores e impeditivos à compreensão e assimilação das informações transmitidas, por outro, a parca informação poderá também levar à ausência de sentimentos de controlo e ao surgimento de emoções negativas (Martinho & Diogo, 2020).

Na maioria das vezes, as primeiras crises que as crianças enfrentam são devido à doença e à recorrência aos hospitais. Especialmente durante os primeiros anos de vida, as crianças são particularmente vulneráveis à hospitalização e às crises de doença, porque se por um lado o stress retrata uma alteração quer no estado de saúde como na rotina ambiental, por outro, o número de mecanismos de defesa para gerir esse mesmo stress é limitado (Sanders, 2014). Regra geral, a criança apresenta dificuldade em assimilar a necessidade de cuidados de saúde,

experienciando medo, angústia, ansiedade e sensação de abandono (Oliveira et al., 2005, citado por Silva et al., 2019).

Assim, no decurso de um processo de saúde-doença, o impacto dos cuidados de saúde implica a vivência de emoções intensas e geradoras de angústia, de medo e de tristeza tanto na criança, como na família. Face à emocionalidade vivida por este binómio de cuidados (criança-família), o enfermeiro promove a gestão emocional, atenuando assim o negativo impacto destas emoções, transmutando positivamente as vivências associadas a estes processos de saúde-doença (Diogo 2015).

Os principais fatores que induzem stresse durante a hospitalização abrangem a separação dos pais e/ou pessoas significativas; a perda de autonomia e de controlo; o desconforto; a lesão corporal e a dor que daí advém; e o medo da morte. As reações das crianças a estas crises são influenciadas pela idade/etapa de desenvolvimento da criança; pelas experiências anteriores tanto com a doença, como com a hospitalização e ainda com a separação; os mecanismos de defesa quer inatos como adquiridos; a seriedade do diagnóstico; e ainda o sistema de apoio do qual dispõem (Sanders, 2014).

Assim, pode inferir-se que os processos de saúde-doença experienciados pelas crianças/jovens e pelas suas famílias, associam-se frequentemente a uma emocionalidade intensa, implicando concomitantemente um enorme desafio emocional para os enfermeiros, exigindo assim um trabalho emocional que se centra não só no cliente, como no enfermeiro e ainda na relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015). De igual modo, uma recorrência a um Serviço de Urgência Pediátrica [SUP], acompanha-se sempre de uma elevada carga emocional. Tanto os utentes, como as suas famílias, classificam o ambiente e a organização que encontram como “impessoal” ou até mesmo “assustador” (Vaz & Trigo, 2020). Deste modo, a promoção da segurança, o clima de afetividade e ainda a promoção de atividades lúdicas adquirem extrema importância para que as crianças ultrapassem a ansiedade e o medo (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). O objetivo prioritário do cuidado de enfermagem à criança que recorre ao hospital é a minimização das ameaças ao seu desenvolvimento. Por isso, o enfermeiro deve oferecer oportunidades para que a criança participe em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, normalizando o ambiente e diminuindo a interferência com o seu desenvolvimento contínuo (Sanders, 2014).

Nesta sequência, importa referir que no respeitante ao desenvolvimento, a primeira infância edifica-se como a fase mais crítica e também a mais vulnerável no desenvolvimento da criança sendo que o período dos 0 aos 5 anos é demarcado por importantes e rápidas transformações que definirão uma grande parte da esfera psicoafectiva da criança. Nesta fase estabelecem-se as bases para o desenvolvimento moral, intelectual e emocional. Esta condição de vulnerabilidade não deve impedir quer o interesse como a compreensão das suas vontades, consagrando-se não só o respeito, como o dever de lhe providenciar condições que favoreçam um desenvolvimento global positivo, identificando os prestadores de cuidados como os principais impulsionadores desse mesmo desenvolvimento. Neste contexto, é imperativo a obrigação de atuar de modo a promover o bem, uma vez que as suas capacidades cognitivo-morais demarcam as suas tomadas de decisão. Deste modo, a maior preocupação do desenvolvimento da criança é que ela seja feliz (OE, 2010).

Em pediatria define-se desenvolvimento como o processo de aquisição de habilidades, competências e comportamentos, que se vão tornando cada vez mais complexos, resultantes da interação de influências exteriores à criança e consigo própria, congregando variadas potencialidades. Para que a criança rentabilize em plenitude estas potencialidades, é imperativo a existência de condições psicossociais como afeto, amor e ainda um meio familiar previsível e consistente, que proporcione tanto a descoberta como a exploração (Vale, 2008). Assim, torna-se importante mencionar que tanto o crescimento como o desenvolvimento podem organizar-se sob variadas perspetivas: linguagem, físico, social, cognitivo e emocional. Todas as áreas devem ser avaliadas, sendo importante apoiar a progressão em cada uma delas (Johnson & Keogh, 2012). O desenvolvimento emocional, por sua vez, envolve o aumento da capacidade de entender, sentir e diferenciar emoções que se vão tornando cada vez mais complexas, bem como a capacidade de se autorregular, para que a pessoa se possa adaptar ao ambiente social ou atingir objetivos. Enquanto o desenvolvimento ajustável das emoções encontra-se vinculado ao bem-estar da criança, as dificuldades na regulação emocional encontram-se relacionadas a problemas comportamentais e a perturbações do humor (Rueda & Paz-Alonso, 2013).

Deste modo, promover o desenvolvimento infantil global adequado é auxiliar a criança, em parceria com a sua família, a desenvolver-se dentro dos padrões espectáveis para a sua idade, honrando o seu ritmo, o seu tempo e sua circunstância de vida (Bellman et al., 1996, citado por OE, 2010).

Pode afirmar-se que a recorrência a Serviços de saúde por motivo de doença, afeta diretamente o desenvolvimento emocional da criança, uma vez que as vivências experienciadas no contexto hospitalar podem causar consequências emocionais que conduzem, muitas vezes, ao surgimento de mecanismos de defesa, como por exemplo a regressão a uma etapa de desenvolvimento anterior; perda do controle de esfíncteres; diminuição do vocabulário (Oliveira et al., 2005, citado por Silva et al., 2019). Neste sentido, é importante reforçar que o enfermeiro que exerce a sua prática clínica na área da saúde infantil e pediatria, deve entender a importância das emoções, direcionando o seu foco para a utilização de estratégias eficazes na sua gestão (Martinho & Diogo, 2020). Não obstante, é fundamental a filosofia dos cuidados atraumáticos, que se baseia no pressuposto de que as experiências como a doença, a hospitalização e a dor podem ser traumáticas, motivo pelo qual devem ser alvo de estratégias que visem minimizar esse mesmo trauma (Fernandes, 2020). Esta filosofia de cuidados prevê que as intervenções de enfermagem minimizem ou eliminem o desconforto quer físico, quer emocional vivenciado pela criança e pela família (Hockenberry & Barrera, 2014, citado por Martinho & Diogo, 2020).

Neste sentido, o enfermeiro deverá atentar à gestão emocional, proporcionando a regulação da emocionalidade intensa, amenizando conseqüentemente os picos de emocionalidade negativa, facilitando deste modo o bem-estar e o autocontrolo da criança e da sua família, considerando o uso de estratégias que visem a gestão emocional, nomeadamente: preparação para procedimentos; fornecimento de informações/ explicações; uso do reforço positivo; favorecimento de uma comunicação expressiva de emoções e de sentimentos (Diogo, 2015).

É notório, quer através dos meios de comunicação, bem como pelo exercício da prática clínica no SUP que a afluência a estes Serviços é grande, sendo que na maioria das vezes, as situações não são urgentes/ emergentes. No entanto cada criança/ família, vivencia a sua situação clínica sob stresse, sendo que muitas vezes o tempo de espera para o atendimento é gerador de stresse e até de conflitos entre as famílias e as equipas de saúde. Esse é um dos fatores que torna o exercício da prática clínica no SUP “stressante” e que necessita de gestão emocional do próprio enfermeiro. Ainda assim, é imprescindível que, os profissionais não se esqueçam do impacto que a experiência de recorrência ao SUP pode ter no desenvolvimento da criança, atendendo sempre ao pressuposto que é papel do enfermeiro minimizar qualquer ameaça ao desenvolvimento da criança que recorre ao hospital, como já referenciado. Emerge assim, a importância da utilização de estratégias que visem a gestão emocional.

Para isso, recorreu-se à pesquisa bibliográfica em livros e ainda múltiplas plataformas de pesquisa de dados, como a EBSCOhost, B-On e Google Scholar, tendo sido através da revisão da literatura que se chegou ao “Algoritmo de gestão recíproca das emoções e da informação”, proposto por Martinho e Diogo (2020), que apresenta fácil aplicabilidade e origina ganhos em saúde. A aplicação do algoritmo proposto pelas autoras enfatiza a visibilidade da emocionalidade na prestação de cuidados, mobilizando estratégias que atentam à modificação de estados emocionais perturbadores para estados de tranquilidade e bem-estar, fomentando o desempenho do trabalho emocional em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Martinho & Diogo, 2020).

II. OBJETIVOS

Geral: Promover o desenvolvimento emocional das crianças que recorrem ao SUP durante a primeira infância, através da gestão de emoções.

Específicos: Atenuar o impacto da hospitalização no desenvolvimento da criança;

Facilitar uma comunicação expressiva de emoções;

Promover o bem-estar emocional da criança e família.

III. ATUAÇÃO

De acordo com Martinho e Diogo (2020), é imperativo que o enfermeiro adeque a sua prática clínica à criança e à sua família, e que atenda à gestão recíproca da informação e das emoções. Para além do uso da filosofia de cuidados atraumáticos, é ainda importante referir que os enfermeiros que exercem a sua prática clínica em Serviços de pediatria devem trabalhar utilizando um modelo de cuidados centrados na família (Sanders, 2014). De igual modo, ressalta-se a relevância em afirmar que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP], deve utilizar sempre o binómio de cuidados criança/família, trabalhando sempre num modelo que assente na parceria de cuidados, considerando as exigências e especificidades desenvolvimentais das diversas etapas do ciclo vital da criança, dando uma resposta eficaz e

promovendo a maximização do desenvolvimento desde o momento da vinculação até à juventude (Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho de 2018).

Assim, através da aplicação sistemática do “algoritmo de gestão recíproca das emoções e da informação”, o enfermeiro consegue identificar as experiências “emocionais potencialmente intensas e as respostas emocionais negativas, e selecionar/ adequar as estratégias tendo em conta a singularidade do cliente, indo ao encontro de uma intervenção holística em enfermagem” (Martinho & Diogo, 2020, p. 13).

A presente proposta de procedimento de enfermagem tem o objetivo principal de sensibilizar a equipa de enfermagem para as vivências emocionais potencialmente intensas que se encontram associadas a processos de saúde-doença/ hospitalização das crianças, providenciando um conjunto de estratégias que podem ser utilizadas para minimizar as vivências emocionais negativas. Ao utilizar o algoritmo proposto, o Enfermeiro consegue não só depreender as vivências emocionais potencialmente intensas associadas a processos de saúde-doença, como identificar as respostas emocionais da criança e família, adequando a intervenção holística dos cuidados de enfermagem. Deste modo, conseguirá atuar no sentido de amenizar estados emocionais negativos, tornando a experiência da hospitalização menos traumática, promovendo deste modo o desenvolvimento emocional.

De modo a complementar a informação existente no “algoritmo de gestão recíproca das emoções e da informação” elaborado por Martinho e Diogo (2020) e a fomentar o uso de estratégias que visem a gestão da emocionalidade da criança que recorre ao SUP, foi realizado um poster, que se encontra no Apêndice 1. Na página seguinte é respetiva ao algoritmo citado.

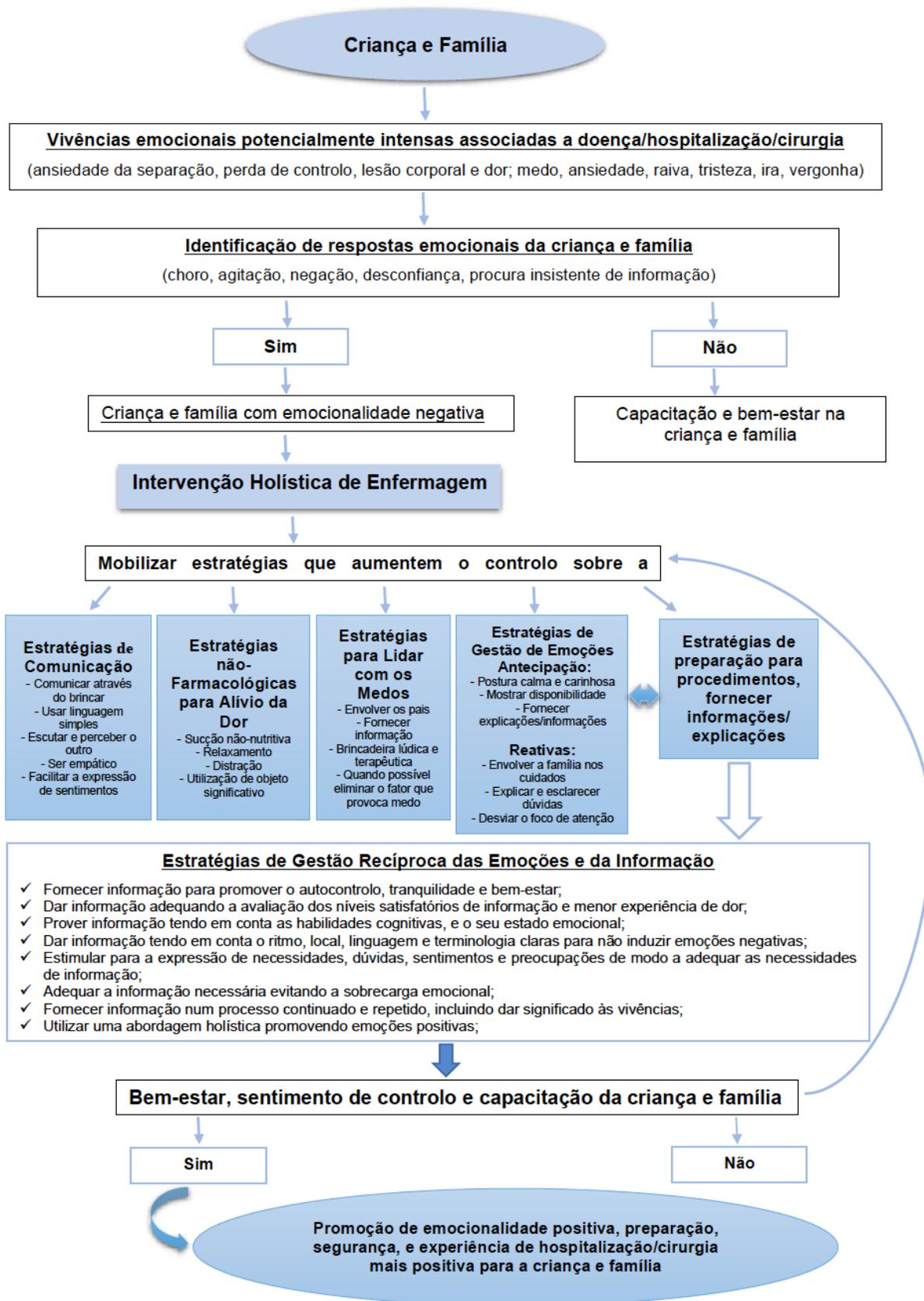


Imagem 1: Algoritmo da gestão recíproca das emoções e da informação (Martinho & Diogo, p.11).

IV. REGISTOS

Após a gestão das emoções negativas da criança e família, é essencial documentar todo o processo de atuação de enfermagem. Assim, é essencial registrar no processo da criança:

- Vivência emocional intensa identificada;
- Emoções manifestadas pela criança e família;
- Estratégias utilizadas para gestão da emocionalidade negativa (Apoio emocional);
- Efeito que a intervenção surtiu quer na criança, como na família.

V. CONCLUSÃO

Na maioria das vezes, as primeiras crises emocionais que as crianças e as famílias enfrentam são consequentes de processos de saúde-doença e hospitalizações. Estes processos têm impactos significativos no desenvolvimento da criança, pelo que se torna imperativo que o enfermeiro entenda a importância das emoções, direcionando o seu foco para a utilização de estratégias eficazes na sua gestão. Neste sentido, o enfermeiro deverá utilizar estratégias que visem a gestão emocional, nomeadamente: preparação para procedimentos; fornecimento de informações/ explicações; uso do reforço positivo; favorecimento de uma comunicação expressiva de emoções e de sentimentos. Assim, proporciona a regulação da emocionalidade intensa, amenizando consequentemente os picos de emocionalidade negativa, facilitando deste modo o bem-estar e o autocontrolo da criança e da sua família. Consegue então tornar a experiência da hospitalização menos traumática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª ed.). Lusociência.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e Dor em Pediatria. In Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 39-55). Lidel.
- Johnson, J.Y. & Keogh, J. (2012). *Enfermagem pediátrica desmistificada*. Lusodidacta.
- Martinho, L. & Diogo, P. (2020). Gestão Recíproca das Emoções e da Informação no Cuidado à Criança e Família: Proposta de um Algoritmo de Atuação em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 1(24), 7-15.
- OE. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Volume I). OE. <https://bit.ly/3rEDgq8>
- Passos, M.A.S. (2018). *Cuidados Não Traumáticos: Gestão da Emocionalidade da Criança e do jovem nos Processos de Saúde-Doença* [Tese de Mestrado em Enfermagem]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Regulamento n.º 422/2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Diário da República, 2.ª série - Nº 133 de 12 de julho de 2018.
- Rueda, M.R. & Paz-Alonso, P.M. (2013). Função Executiva e Desenvolvimento Emocional. In *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. <https://bit.ly/3cY9hEE>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e de Hospitalização. In Hockenberry, M.J. & Wilson, D., Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 1025-1060). Lusociência.
- Silva, F.G., Andrade, K.E.A. & Barbosa, A.F.C. (2019). A Criança Doente e os Cuidados da Psicologia. In *Psicologia.pt O Portal dos Psicólogos*. <https://bit.ly/3D2lDq2>
- Tavares, P.P. (2020). No Contexto do Internamento. In Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 95-103). Lidel.
- Vale, M.C. (2008). Desenvolvimento. In Amaral, J.M.V. (Coord.). *Tratado de clínica pediátrica* (Volume I - pp. 120-122). Abbott Laboratórios.

Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. *In* Barbieri-Figueiredo, M.C. & Ramos, A.L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição – pp. 293-309). Lidel.

Apêndice 1

O Enfermeiro e a Gestão das Emoções da Criança na Primeira Infância

Vivências emocionais intensas associadas à doença:

Ansiedade de separação; perda de controlo; lesão corporal e dor; medo; ansiedade; raiva; tristeza; ira; vergonha.

Respostas emocionais da criança/ família:

Procura insistente de informação; choro; agitação; negação; desconfiança.

Estratégias para gerir a emocionalidade negativa

De Comunicação:

- Usar linguagem simples e apropriada;
- Comunicar através do brincar;
- Escutar e entender o outro;
- Ser empático;
- Facilitar a expressão de emoções e sentimentos.

Não farmacológicas

para alívio da dor:

- Sucção não nutritiva;
- Relaxamento;
- Distração;
- Uso do objeto significativo.

Para lidar com o medo:

- Envolver os pais nos cuidados;
- Fornecer informação;
- Brincadeira lúdica e terapêutica;
- Eliminar o fator que provoca medo, se possível.

Gestão das emoções:

- Postura calma e carinhosa;
- Mostrar disponibilidade;
- Fornecer explicações/ informações;
- Envolver a família nos cuidados;
- Explicar e esclarecer dúvidas;
- Desviar o foco de atenção.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem, a criança gosta:

- Da presença dos familiares;
- De um ambiente acolhedor;
- Do toque/ massagem infantil;
 - De musicoterapia;
 - De momentos de afeto;
- De linguagem simples durante as explicações dos procedimentos;
- De expressar dúvidas e de esclarecê-las.

RN 1 ano:

- Sucção não nutritiva;
- Sacarose oral;
- Distração ativa;
- Contacto pele-a-pele;
- Colo e embalo;
- Toque/ massagem.

Toddler e pré-escolar:

- Distração passiva/ ativa;
- Imaginação guiada;
- Reforço positivo;
- Toque.

Idade escolar:

- Fazer algumas escolhas;
- Distração passiva/ ativa;
- Reforço positivo;
- Imaginação guiada.

MISTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Elaborado por: Joana Andrez, aluna do V Mestrado em Associação em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Universidade de Évora).

Sob orientação de: EESIP [redacted], Profª Doutora Ana Lúcia Ramos.

Referências bibliográficas: Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong. Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.

Martinho, L. & Diogo, P. (2020). Gestão Recíproca das Emoções e da Informação no Cuidado à Criança e Família: Proposta de um Algoritmo de Atuação em Enfermagem. Pensar Enfermagem, 1(24), 7-15.

OE (2013). Guia Orientador de Boas Práticas Estratégicas não Farmacológicas no Controlo da Dor da Criança. Cadernos OE (série 1). Disponível em: <https://bit.ly/3rGvFm0>

Passos, M.A.S. (2018). Cuidados Não Traumáticos: Gestão da Emocionalidade da Criança e do jovem nos Processos de Saúde-Doença [Tese de Mestrado em Enfermagem]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Apêndice I: Planeamento da sessão de formação “Brincar com as emoções”

Plano da sessão de formação

Enfermagem | Formação em serviço

Serviço de Pediatria;
Online via teams
17/01/22 às 16:30 horas

BRINCAR COM AS EMOÇÕES SERVIÇO DE PEDIATRIA/2022

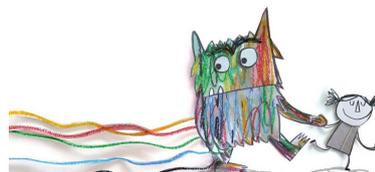
Objetivos

Geral:

- Promover o desenvolvimento emocional da criança hospitalizada durante a 1ª infância.

Específicos:

- Sensibilizar a equipa acerca da importância do brincar no desenvolvimento infantil;
- Apresentar uma ferramenta (jogo) que facilite a gestão emocional da criança hospitalizada.



Destinatários

Equipa de Enfermagem

Formadores

Joana Andrez (Aluna de MEESIP);
[REDACTED] (EEESIP)

Conteúdos programáticos

- Brincar e o desenvolvimento infantil
- A hospitalização da criança;
- Cuidar a criança hospitalizada;
- A brincadeira como ferramenta de enfermagem;
- Brincar com as emoções, o jogo.

Resultados esperados

Utilização do jogo “Brincar com as emoções” como meio de gerir a emoção da criança hospitalizada.

Métodos pedagógicos e outros recursos

Método expositivo com recurso a power point, projetor e internet.

Apêndice J: Sessão de formação “Brincar com as emoções”

Brincar com as emoções

Joana Andrez (47476), Aluna do MEEESP
 Sob Orientação de: EEEESP [redacted], Prof. Drª Ana Lúcia Ramos
 UC: Estágio Final [redacted], Serviço de Internamento de Pediatria

1

Brincar com as emoções: Promoção do desenvolvimento emocional da criança hospitalizada

Objetivo geral:

- Promover o desenvolvimento emocional da criança hospitalizada durante a 1ª infância.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa acerca da importância do brincar no desenvolvimento infantil;
- Apresentar um jogo que possa ser uma útil ferramenta para a gestão emocional da criança hospitalizada.

Duração estimada: 45 min.

2

A importância do brincar na criança

Brincar:
Principal atividade da infância

influencia → **Desenvolvimento infantil**

- Cognitivo;
- Social;
- Físico;
- Afetivo.

(Hansen et al., 2007)

3

Brincar é:

- Um indicador do desenvolvimento.
- Um modo através do qual a criança se desenvolve e estrutura o seu ser.

Enquanto brinca, a criança é estimulada continuamente em variados níveis, promovendo o crescimento individual e social.

(Hansen et al., 2007); (Cordazzo & Vieira 2007, citado por Ramos et al., 2012)

4

Através do jogo e da brincadeira, a criança...

Perceciona o modo como deve agir dentro desse ambiente

- Acerca do seu mundo: como lidar com o ambiente e com os objetos que contem, com o tempo, estrutura e espaço.

Aprende o que ninguém consegue ensinar

- Entende o que pode fazer;
- Aprende a relacionar-se com as situações;
- Aprende a adaptar-se às exigências que a sociedade lhe impõe.

(Winnicott, 1990)

5

Importância do brincar na criança

- Desenvolvimento de relações entre a criança e o meio;
- Exploração de limites;
- Estimulação da criatividade;
- Desenvolvimento dos afetos;
- Desenvolvimento de competências que aumentam a resiliência e confiança;
- Preparação para a cidadania democrática;
- Aprendizagem do trabalho em grupo, da negociação, da partilha, da tomada de decisões e resolução de conflitos.

(Grobman, 2007); (Kinche, 2009, citado por Ramos, 2012); (Cherido, 2006, citado por Ramos et al., 2012); (Pisnet, citado por Afonso, 2006)

6

Hospitalização da criança

Momento gerador de **stress**

As crianças são muito vulneráveis à hospitalização, principalmente durante os primeiros anos de vida.

- O stress retrata uma alteração no estado de saúde e rotina ambiental.
- O nº de mecanismos de defesa para gerir o stress é limitado.

(Tavares, 2008); (Santos, 2014)

7

Vivências emocionais potencialmente intensas associadas à hospitalização

- Separação dos pais e/ou pessoas significativas
- Perda de autonomia e de controlo
- Desconforto
- Lesão corporal e dor
- Medo da morte

(Tavares, 2008); (Santos, 2014); (Martinho & Diogo, 2020)

8

Respostas emocionais da criança/ família

Sinais de emocionalidade negativa

- Choro
- Agitação
- Negação
- Desconfiança
- Procura insistente de informação

(Martinho & Diogo, 2020)

9

Cuidar a criança hospitalizada

Objetivo prioritário do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada:

- Minimização das ameaças ao seu desenvolvimento.

O **enfermeiro deve** oferecer oportunidades para que a criança participe em atividades adequadas ao seu desenvolvimento, normalizando o ambiente e a interferência com o seu desenvolvimento contínuo.

(Santos, 2014)

10

Cuidar a criança hospitalizada

Para minimizar a ansiedade e o medo →

Promoção:

- da segurança;
- do clima de afetividade;
- de atividades lúdicas

Em contexto hospitalar, um dos **aspectos basilares** é o brincar:

- Através da brincadeira a criança afasta os sentimentos de sofrimento, reflete acerca da situação que vivencia e cria estratégias para um desfecho favorável dessa mesma situação.

(OE, 2010)

11

Assim, a brincadeira...

- Possibilita o entendimento do significado de vivências que a criança possa não conseguir verbalizar.
- Pode ser útil para **diagnosticar situações-problema**.

Constitui-se como um importante recurso que **merece a atenção do enfermeiro**, porque permite um melhor conhecimento da criança e do seu mundo, conseguindo a partir daí a **colheita de dados** essenciais ao **processo de enfermagem**.

(Ramos et al., 2012)

12

A brincadeira como ferramenta de enfermagem

Durante a hospitalização, a brincadeira é uma excelente estratégia para ajudar a libertar o medo e o stresse, diminuindo os efeitos prejudiciais que este processo pode acarretar.

↓

Assume um papel essencial para promover o bem-estar emocional, mental e social, da criança.

Permite disfarçar o quotidiano do hospital:
- A criança transpõe os limites de espaço e de tempo e a barreira da doença.

(Ramos et al., 2012)

13

A brincadeira como ferramenta de enfermagem

Os **enfermeiros** encontram-se numa posição privilegiada para intervir nesta temática.

- Como promotores da brincadeira para otimizar o desenvolvimento infantil (físico, emocional e social das crianças e famílias).
- Para utilizarem a brincadeira de modo a comunicar com a criança.

(Tavares, 2008); (Mirra & Gomes, 2004, citado por Ramos, 2004)

14

A brincadeira como ferramenta de enfermagem

- Proporciona relaxamento e diversão
- Auxilia a criança a sentir maior segurança num ambiente estranho
- Diminui as saudades de casa e a ansiedade da separação
- Ajuda a expressão de sentimentos e o alívio de tensões

(Aldren, 2006, citado por Tavares, 2008; Sôla e Rocha, 2002, citados por Tavares, 2008)

15

A brincadeira como ferramenta de enfermagem

- Estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos profissionais de saúde e outras crianças.
- Atua como meio de alcançar metas terapêuticas;
- Ajuda a criança a consentir os cuidados de enfermagem;
- Coloca a criança numa posição ativa, possibilitando-lhe a opção da tomada de decisão e de se sentir no comando.

(Aldren, 2006, citado por Tavares, 2008; Sôla e Rocha, 2002, citados por Tavares, 2008)

16

Brincar com as emoções, o jogo

Objetivo geral:

- Promover o desenvolvimento (emocional) da criança hospitalizada.

Objetivos específicos:

- Promover o bem-estar da criança;
- Identificar as emoções da criança hospitalizada;
- Gerir as emoções da criança hospitalizada.

17

Brincar com as emoções, o jogo

LIVEWORKS

18

A reter:

-  A brincadeira é inerente à criança e estimula o seu desenvolvimento
-  A hospitalização da criança gera stress e pode ter um impacto negativo no desenvolvimento da criança
-  É papel do enfermeiro minimizar as ameaças ao desenvolvimento da criança
-  A brincadeira é uma ferramenta útil para minimizar estas ameaças ao desenvolvimento da criança
-  Ao brincar com as emoções o enfermeiro promove uma comunicação expressiva de emoções e a gestão emocional da criança/família.

19

Agradeço a atenção!

“O tempo investido em brincadeiras COM as CRIANÇAS NUNCA É um DESPERDÍCIO.”
- Down Lantero

20

Referências bibliográficas

- Abrão, J.L.F., Vasconcelos, M.S., Colhane, C.C., Gonçalves, F.P.S., Enes, G.S.T., D'Alonso, G.L., Ferrante, J.M., Filho, J.R.P., Martini, J.A., Lopes, K.K., Ouelon, L.M.C., Mendes, L.P., Santos, M.R., Prata, N., Feliúso, N.P., Filho, P.R.S.B., Campos, E.M., Belizário, V.C. & Ribas, V.C. (2006). Que brincadeira é essa? A brinquedoteca movel no hospital. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.01604.x>
- Ginsburg, K.R. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *American Academy of Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Hansen, J., Macarini, S.M., Martins, G.D.F., Wanderlind, F.H. & Vieira, M.L. (2007). O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia evolucionista. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(1), 133-143.
- Martinho, L. & Diego, P. (2020). Gestão Recíproca das Emoções e da Informação no Cuidado à Criança e Família: Proposta de um Algoritmo de Atuação em Enfermagem. *Revista Enfermagem*, 1(24), 7-15.
- OE (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Volume I). Disponível em <https://bit.ly/3rEdgq8>
- Ramos, A.L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M.J. & Dias, L. (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros. *Revista puerários*, 26, 49-60. Disponível em <https://doi.org/10.1111/rn07>
- Sandora, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e de Hospitalização. In Hockenberry, M.J. & Wilson, D., *Wong, Enfermagem da*
- Tavares, P.P.S. (2008). *Acolher brincando e brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Wong, D.L. (1999). *Enfermagem Pediátrica Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (5ª edição). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

21

**Apêndice K: Questionário de avaliação das sessões “Oficina do Sentir” e
“Brincar com as emoções”**

O questionário tem como objetivo avaliar a sessão realizada. Responda, assinalando com um X, a opção que mais se adequa à sua opinião.

	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Conteúdo programático					
Interesse dos conteúdos apresentados					
Ajuste dos temas aos objetivos definidos					
Duração da ação de formação					
Organização da sessão					
Estrutura da apresentação					
Cumprimento de horários					
Dinamizador					
Clareza da exposição					
Domínio dos temas desenvolvidos					
Capacidade para interagir com os participantes					
Gestão do tempo disponível					
Resultados e expectativas					
Temas abordados face às expectativas					
Utilidade prática da formação					
Avaliação global					
Globalmente a ação de formação					

Descrição da(s) situação(ões) que classificou como mau:

Sugestões:

Grata pela sua participação e disponibilidade!

Joana Andrez, Aluna de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica, Unidade Curricular: Estágio Final

Apêndice L: Resumo da *Scoping Review*: “As Repercussões da pandemia Covid-19 no desenvolvimento infantil – implicações para enfermagem: uma *Scoping Review*”

RESUMO

Introdução: A pandemia por Covid-19, apresenta um impacto negativo na maioria dos pilares em que a sociedade se sustenta. São variados os estudos que têm vindo a ser realizados com o intuito de avaliar o impacto da pandemia no desenvolvimento infantil. As medidas impostas no combate à pandemia podem acentuar ou fazer emergir dificuldades comportamentais e funcionais nas pessoas, sendo as crianças um grupo de grande vulnerabilidade. **Objetivo geral:** analisar a evidência científica existente acerca das repercussões da pandemia no desenvolvimento infantil. **Métodos:** A presente *Scoping Review* foi realizada com base no protocolo preconizado por *Joanna Briggs Institute*, tendo sido utilizada a metodologia PCC. **Resultados:** A extração e síntese de dados dos artigos foi realizada por uma revisora, tendo sido incluídos um total de 7 estudos, entre eles, observacionais, transversais, qualitativos, revisões sistemáticas de estudos descritivos e revisões sistemáticas da literatura. As mudanças ambientais associadas à pandemia por Covid-19 afetam significativa e negativamente o desenvolvimento infantil. Devido à pandemia as crianças estão sujeitas a modificações estruturais na sua vida que podem resultar em alterações de humor, sintomas de stresse, depressão ou ansiedade. O isolamento apresentou efeitos adversos que se manifestaram em ansiedade, alteração nas rotinas diárias, interação social interrompida, aumento do uso de tecnologia e problemas escolares. Durante o confinamento aumentaram a prevalência de dificuldade total, de problemas de conduta, de problemas de pares, de hiperatividade e défice de atenção e de problemas emocionais. As epidemias podem gerar altos níveis de stresse nos pais e nas crianças, causando consequências mentais e emocionais. Quanto maior o número de experiências adversas às quais a criança está exposta, maior o risco de atraso no desenvolvimento. Há evidências significativas de diminuição da função cognitiva e no desempenho em crianças que nasceram durante a pandemia. **Conclusão:** Face aos resultados descritos, torna-se importante que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica consiga antever as possíveis consequências que a pandemia por Covid-19 possa apresentar no desenvolvimento infantil da criança e atue nesse sentido de modo a minimizar potenciais problemas da criança e família, otimizando desde modo as potencialidades do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Covid-19; Desenvolvimento Infantil; Enfermagem Pediátrica; Criança.