



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Consulta de Desenvolvimento Infantil: Scoping Review

Andreia Filipa Oliveira Correia

Maio de 2026

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Consulta de Desenvolvimento Infantil: Scoping Review

Andreia Filipa Oliveira Correia

Estágio com Relatório Final

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Manuel Pereira Cordeiro

Maio de 2026

Agradecimentos

A elaboração deste relatório culmina com o término de uma etapa particularmente desafiante e transformadora. Foi um caminho feito de esforço, aprendizagem e resiliência, onde se cruzaram sentimentos de alegria, incerteza e superação. Este trabalho é, por isso, também o reflexo de um trilha partilhado, com pessoas e instituições que contribuíram de forma decisiva para a sua concretização.

Em primeiro lugar, expresso o meu agradecimento ao Professor Manuel Cordeiro pela sua orientação exímia, pela sua disponibilidade e compromisso ao longo de todo o processo. O seu rigor científico, o seu sentido crítico e a sua capacidade de motivar foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

A todas as equipas de enfermagem das instituições por onde passei, deixo um agradecimento especial pela integração, pela proximidade, pela partilha de conhecimentos e pela confiança transmitida.

À minha colega e amiga Marta, companheira desta aventura, que sempre me apoiou e incentivou a não desistir.

À minha família, o meu obrigado mais sentido: pela paciência, pelo apoio incondicional, pela presença nos momentos mais difíceis e pela capacidade de me lembrar do propósito deste caminho quando o cansaço se impunha.

Por fim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste relatório, deixo a minha sincera gratidão. Este trabalho representa um marco importante e só foi possível graças ao apoio de todos.

“Os primeiros anos de vida constituem uma janela crítica para o desenvolvimento onde intervenções precoces podem alterar significativamente o percurso da criança. “

OMS

Resumo

Enquadramento: A formação especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume relevância quando desenvolvida em contextos clínicos diferenciados, como o internamento pediátrico. Paralelamente, a vigilância do desenvolvimento infantil constitui uma área central da prática especializada, exigindo intervenções precoces, fundamentadas na evidência e centradas na criança e na família.

Objetivos: Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e mapear a evidência científica relativa às intervenções do Enfermeiro Especialista na consulta de desenvolvimento infantil, identificando fatores facilitadores e barreiras à sua implementação na prática clínica.

Metodologia: Numa primeira fase, procedeu-se à descrição e reflexão crítica dos contextos clínicos. Numa segunda fase, realizou-se uma scoping review, segundo as orientações do JBI e do PRISMA-ScR. A questão foi estruturada com base na estratégia PCC. A pesquisa foi realizada nas bases PubMed, ScienceDirect e Global Index Medicus, com descritores MeSH, termos livres e operadores booleanos, considerando um limite temporal de 10 anos. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 13 estudos.

Resultados: Identificaram-se intervenções centradas na vigilância do desenvolvimento, utilização de instrumentos de rastreio, identificação precoce de sinais de risco, referenciação para intervenção precoce e apoio às famílias. Destacaram-se como facilitadores: formação profissional, cooperação multidisciplinar e instrumentos estruturados; e como barreiras, a insuficiência de formação específica, constrangimentos organizacionais e desigualdades no acesso aos cuidados.

Conclusão: O Enfermeiro Especialista desempenha um papel determinante na promoção do desenvolvimento infantil, sendo necessária a existência de condições organizacionais, formativas e assistenciais que sustentem uma prática integrada e baseada na evidência.

Palavras-chaves: Enfermagem pediátrica; desenvolvimento infantil, diagnóstico precoce; intervenção precoce.

Abstract

Background: Specialized training in Pediatric and Child Health Nursing is particularly relevant when developed in differentiated clinical settings, such as pediatric inpatient care. Additionally, child development surveillance represents a central area of specialized practice, requiring early interventions grounded in evidence and focused on the child and family.

Objectives: To develop specialized competencies in Pediatric and Child Health Nursing and to map the scientific evidence regarding the interventions of Specialist Nurses in child development consultations, identifying facilitators and barriers to their implementation in clinical practice.

Methods: In the first phase, a descriptive and critical reflection of clinical contexts was conducted. In the second phase, a scoping review was carried out following the JBI and PRISMA-ScR guidelines. The research question was structured based on the PCC strategy. The search was conducted in PubMed, ScienceDirect, and Global Index Medicus databases, using MeSH descriptors, free terms, and Boolean operators, with a 10-year time limit. After applying eligibility criteria, 13 studies were included.

Results: The studies identified interventions focused on systematic developmental surveillance, use of screening tools, early identification of risk signs, referral to early intervention, and family support. Facilitators included professional training, multidisciplinary collaboration, and the use of structured tools. Barriers included lack of specific training, organizational constraints, and inequalities in access to care.

Conclusion: Specialist Nurses in Pediatric and Child Health play a key role in promoting child development. However, effective implementation of these interventions requires organizational, educational, and care conditions that support integrated and evidence-based practice.

Keywords: Pediatric Nursing; Child Development; Early Diagnosis; Early Intervention.

Sumário

Introdução.....	21
1. Enquadramento	27
1.1 Estágio de Urgência Pediátrica	28
1.1.1 Reflexão Crítica	29
1.2. Estágio de Neonatologia	32
1.2.1 Reflexão Crítica	34
1.3 Estágio de Pediatria	36
1.3.1 Reflexão Crítica	38
2. Desenvolvimento Infantil e Neuroplasticidade.....	43
2.1 Consulta de Desenvolvimento em Portugal	44
2.2 Intervenções de Enfermagem na Consulta de Desenvolvimento	45
3. Metodologia	49
3.1. Identificação da questão de investigação e critérios de inclusão	49
3.2 Estratégia de pesquisa.....	50
3.3 Seleção de estudos	52
4. Resultados	55
5. Discussão dos resultados	67
6. Conclusão	75
7. Considerações Finais.....	77
Referências bibliográficas	79
Apêndices	89

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 Matriz PCC, critérios de inclusão e de exclusão	50
Tabela 2 Descritores	51
Tabela 3 Estratégia de pesquisa	52
Tabela 4 Estudos Seleccionados	56
Tabela 5 Temas emergentes	63

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Adaptação Prisma ScR	54

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção Geral da Saúde
EESIP	Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria
ISBAR	Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação
JBÍ	Joanna Briggs Institute
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCC	População- Conceito- Contexto
SNÍPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
ULS	Unidade Local de Saúde

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular Opção 5 – Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados, integrada no 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu. Os estágios foram desenvolvidos nos contextos clínicos de urgência pediátrica, neonatologia e pediatria, num total de 360 horas, constituindo uma etapa fundamental do percurso formativo conducente à aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista é o profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na respetiva área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica estabelece que o EESIP desenvolve a sua prática segundo um modelo conceptual centrado na família, considerando a criança e a família como o centro dos cuidados e intervindo em parceria com ambas, em todo o contexto em que estas se deparem, com vista à promoção do mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, compete-lhe prestar cuidados à criança saudável ou doente, promover a educação para a saúde e identificar e mobilizar recursos de apoio à família ou pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No presente trabalho, o objeto de estudo centra-se nas intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na consulta de desenvolvimento infantil, com especial enfoque nos fatores facilitadores e nas barreiras à sua implementação na prática clínica. A problemática em investigação situa-se, assim, no âmbito da prática especializada em saúde infantil e pediátrica, incidindo sobre a necessidade de compreender de que forma estas intervenções são desenvolvidas, sistematizadas e operacionalizadas nos contextos assistenciais.

A escolha desta temática justifica-se pela relevância da intervenção do EESIP na vigilância do crescimento e do desenvolvimento, na promoção da parentalidade, na educação para a saúde, na identificação precoce de sinais de alerta e na articulação com respostas de apoio diferenciadas. Ao longo dos diversos ensinamentos clínicos realizados, tornou-se evidente a centralidade destas dimensões na prática especializada, bem como a persistência de desafios na sistematização das intervenções de enfermagem e na sua implementação consistente na

prática clínica. Neste sentido, emergiu como tema da presente investigação: “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na consulta de desenvolvimento infantil: análise dos fatores facilitadores e das barreiras à implementação na prática clínica.”

Do ponto de vista conceptual, entende-se por intervenções do EESIP o conjunto de ações especializadas desenvolvidas no âmbito da vigilância do desenvolvimento, promoção da saúde, educação para a saúde, apoio à família, deteção precoce de sinais de risco e articulação com outros recursos e serviços. Por fatores facilitadores entendem-se os elementos que favorecem a implementação dessas intervenções na prática clínica, enquanto barreiras correspondem aos constrangimentos que dificultam ou limitam a sua concretização. A expressão prática clínica reporta-se, neste trabalho, aos contextos assistenciais nos quais o enfermeiro especialista desenvolve cuidados dirigidos à criança e à família, com particular relevância para a consulta de desenvolvimento infantil.

A elaboração deste relatório assenta no entendimento de que a prática especializada deve ser sustentada na melhor evidência científica disponível, articulada com a experiência clínica do profissional e com as necessidades e preferências da criança e da família, promovendo uma tomada de decisão fundamentada, consciente e contextualizada (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). Paralelamente, a prática reflexiva assume-se como elemento estruturante do desenvolvimento profissional, uma vez que permite analisar criticamente as experiências vividas, consolidar aprendizagens e aproximar a teoria da prática (Schön, 1983).

A questão geral de investigação, estruturada segundo a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), foi formulada da seguinte forma: quais são as intervenções desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na consulta de desenvolvimento infantil e que fatores facilitadores e barreiras influenciam a sua implementação na prática clínica? Em coerência com esta questão, definiu-se como objetivo geral analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções do EESIP na consulta de desenvolvimento infantil, identificando os fatores facilitadores e as barreiras à sua implementação na prática clínica.

Do ponto de vista metodológico, o relatório desenvolve-se em duas vertentes complementares. Numa primeira vertente, recorre-se à análise crítico-reflexiva das experiências clínicas vivenciadas ao longo do percurso formativo, com enfoque nos contextos de urgência pediátrica, neonatologia e pediatria. Numa segunda vertente, integra-se uma Scoping Review, desenvolvida de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute e reportada segundo o PRISMA-ScR, com o objetivo de mapear e sistematizar a evidência científica relativa à temática em estudo (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018).

Relativamente à sua estrutura, o documento inicia-se com a presente introdução, onde se apresenta o tema, o enquadramento, a justificação da temática, a questão de investigação, o objetivo geral e a perspetiva metodológica adotada. Seguidamente, apresenta-se a análise do percurso formativo e do desenvolvimento de competências do EESIP, com descrição e reflexão crítica sobre os diferentes contextos de estágio e atividades desenvolvidas. Posteriormente, é apresentado o enquadramento teórico relativo ao desenvolvimento infantil e à consulta de desenvolvimento, incluindo o papel do enfermeiro, e em particular do EESIP, na vigilância, promoção do desenvolvimento e apoio à família. Numa fase subsequente, apresenta-se a Scoping Review, descrevendo a metodologia adotada, os resultados obtidos e a respetiva discussão. Por fim, apresentam-se as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Parte I - Percurso Formativo em Estágio

1. Enquadramento

Este capítulo visa a descrição e respetiva reflexão crítica dos contextos clínicos de estágio, sustentada na evidência científica e no pensamento crítico-reflexivo em enfermagem, relativamente às diversas atividades desenvolvidas e ao seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

O percurso formativo foi desenvolvido nos contextos de urgência pediátrica, neonatologia e internamento pediátrico médico constituiu, neste sentido, uma oportunidade privilegiada para a consolidação de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na medida em que proporcionou o contacto com diferentes níveis de complexidade assistencial, distintas fases do ciclo de vida e diversas necessidades da criança/jovem e respetiva família. A articulação entre estes contextos clínicos favoreceu uma aprendizagem progressiva e integrada, sustentada na mobilização das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESIP.

De acordo com o regulamento atualmente em vigor, as competências comuns do enfermeiro especialista estruturam-se nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Por sua vez, as competências específicas do EESIP centram-se em três grandes áreas: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Deste modo, a análise crítico-reflexiva dos diferentes contextos de estágio constitui um elemento fundamental para compreender de que forma as experiências clínicas vivenciadas contribuíram para a construção de uma prática especializada, reflexiva e sustentada na evidência, em consonância com os princípios da prática baseada na evidência e da prática reflexiva em enfermagem (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; Schön, 1983).

1.1 Estágio de Urgência Pediátrica

O primeiro estágio decorreu numa Unidade Local de Saúde da região centro, num Serviço de Urgência Pediátrica, no período compreendido entre 15 de setembro e 24 de outubro de 2025. Este serviço é constituído por uma sala de reanimação, duas salas de triagem, uma sala de open space, uma área respiratória, uma área de observação que é destinada à permanência de crianças sob vigilância clínica, diversos gabinetes médicos, uma sala de passagem de turno que também é a sala de preparação de medicação e outras áreas de apoio e logística essenciais ao adequado funcionamento do serviço. A equipa é multidisciplinar, integrando médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e outros profissionais de saúde, prestando cuidados a crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos.

Durante este período, tive oportunidade de contactar diretamente com situações de urgência e emergência no atendimento imediato a bebés, crianças e adolescentes, o que permitiu o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, bem como o aperfeiçoamento da capacidade de tomada de decisão num contexto assistencial dinâmico, imprevisível e de elevada complexidade.

A importância de centrar os cuidados na criança e na família, mesmo em cenários de elevada pressão assistencial, enfatiza que a prática em urgência exige competências técnicas avançadas, associadas a uma abordagem humanizada. (Rutledge & Merritt, 2017).

Para este ensino clínico delineei os seguintes objetivos:

Objetivo 1: Conhecer e compreender a estrutura física, organizacional e funcional da Urgência Pediátrica, integrando-me na equipa de saúde e participando na dinâmica de prestação de cuidados multidisciplinares.

Objetivo 2: Desenvolver competências do EESIP para a avaliação clínica da criança, com destaque na utilização do Sistema de Triagem de Manchester, promovendo a identificação precoce de situações críticas e a priorização adequada das intervenções.

Objetivo 3: Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e à família em situações agudas, fundamentados nos pressupostos da Ordem dos Enfermeiros e nas competências do EEESIP, assegurando a qualidade, segurança e humanização do cuidado.

Objetivo 4: Contribuir ativamente para a melhoria dos cuidados prestados no serviço de urgência pediátrica.

1.1.1 Reflexão Crítica

O estágio em urgência pediátrica constitui uma etapa crucial no percurso formativo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, pois proporciona o contacto direto com situações de elevada complexidade, emocional e ética. O contexto de urgência exige competências técnicas avançadas, capacidade de tomada de decisão rápida e um elevado sentido de responsabilidade profissional.

Esta reflexão crítica vai abordar diversos assuntos dos quais me deparei e achei por bem refletir, para melhorar a minha capacidade crítico-reflexiva enquanto estudante do mestrado de ESIP.

A Ordem dos Enfermeiros (2019), enfatiza que o enfermeiro especialista deve ser capaz de intervir de forma autónoma, diferenciada e baseada em evidência científica, assegurando cuidados centrados na criança e na família.

Durante este estágio na urgência pediátrica foi possível observar e vivenciar a dinâmica de um ambiente de extrema volatilidade, bem organizado e estruturado, com uma equipa multidisciplinar, onde trabalham de uma forma coordenada para garantir a segurança e o bem-estar de cada criança.

A natureza imprevisível do serviço de urgência exige do enfermeiro uma capacidade de resposta rápida, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada em evidência científica (Doan, Genuis & Yu, 2019).

Exemplo disso foi uma situação que vivenciei de perto, logo na primeira semana de estágio, quando uma bebé de um ano chegou ao Serviço de Urgência Pediátrica em situação crítica, apresentando choque hipovolémico e paragem cardiorrespiratória. Neste episódio, embora tenha sido apenas uma observadora, pude testemunhar a dinâmica de uma equipa multidisciplinar altamente coordenada, atuando com rapidez, técnica e precisão. A gravidade e a complexidade do caso exigiram uma resposta imediata, sustentada em protocolos bem definidos e numa comunicação eficaz entre os profissionais.

A vivência desta situação foi, simultaneamente, um momento de aprendizagem e de forte impacto emocional. O contacto com um cenário de risco de vida eminente despertou em mim sentimentos de impotência e admiração pela equipa. Tal experiência levou-me a refletir sobre a necessidade de desenvolver competências específicas para atuar com serenidade e segurança em situações críticas.

Esta experiência fez-me compreender que, para além da técnica, o enfermeiro necessita de competências emocionais e éticas, capazes de sustentar o cuidado perante a

dor e o sofrimento da criança e da família. A resiliência emocional desponta como uma competência essencial, permitindo ao profissional enfrentar diversos contextos de elevada pressão sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados (Waldow, 2015).

Este episódio marcou o meu percurso formativo, levando-me a refletir sobre a importância da preparação técnica e psicológica no contexto da urgência pediátrica. Observando a equipa, percebi que a eficácia na emergência depende tanto das competências técnicas como da coesão, comunicação e confiança entre os profissionais, pilares essenciais para garantir a segurança clínica e o cuidado humanizado (Nogueira et al., 2021).

Outro aspeto que tenho notado durante o estágio é o aumento da afluência ao serviço de urgência pediátrica por parte dos pais que não recorrem previamente à linha Saúde 24 ou aos cuidados de saúde primários. Observa-se que muitos casos não configuram uma situação de urgência, podendo ser resolvidos em contexto de cuidados primários. Esta realidade suscita reflexão sobre o nível de literacia em saúde dos pais e cuidadores, bem como sobre a perceção do risco associada à doença infantil.

De facto, estudos têm evidenciado que uma parte significativa das idas às urgências pediátricas corresponde a situações não urgentes, frequentemente motivadas pela ansiedade parental, pela necessidade de validação profissional e pela dificuldade em aceder ao médico de família (Costa & Alves, 2020; Fernandes et al., 2021).

A febre é um dos principais motivos de procura de cuidados hospitalares, ainda que na maioria dos casos não revela gravidade. (Abreu, L. et al, 2024). Esta situação demonstra a necessidade de fortalecer a educação para a saúde, capacitando os pais para reconhecerem os sinais de alerta e tomarem decisões devidamente informadas.

Durante o estágio, torna-se claro que o enfermeiro desempenha um papel primordial neste processo, quer no conhecimento e capacidade parental, quer na orientação adequada aos pais dentro do serviço nacional de saúde. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve promover a literacia em saúde, apoiando a família no desenvolvimento de competências e capacidades de autocuidado e na utilização adequada dos recursos disponíveis.

No serviço encontravam-se implementados projetos de melhoria contínua da qualidade nas áreas da dentição, da comunicação estruturada segundo o modelo ISBAR, da utilização da câmara expansora e da abordagem à convulsão febril. Estes projetos trasladavam a preocupação da equipa com a promoção de cuidados mais seguros, uniformizados e centrados na criança e na família, constituindo simultaneamente instrumentos de apoio à prática baseada na evidência e ao desenvolvimento profissional.

O projeto relacionado com a dentição assumia especial relevância no âmbito da educação para a saúde dirigida aos pais e cuidadores, permitindo clarificar dúvidas frequentes associadas à erupção dentária, desconstruir crenças não sustentadas cientificamente e promover estratégias adequadas de alívio do desconforto da criança. A literatura mostra que a dentição continua frequentemente associada, pelos pais, a sintomas e práticas nem sempre compatíveis com a evidência, o que reforça a importância de intervenções educativas consistentes por parte da equipa de enfermagem (Pereira et al., 2023).

No que respeita ao modelo ISBAR, este projeto revelava-se particularmente relevante para a promoção de uma comunicação clínica estruturada, clara e eficaz entre profissionais. A evidência sugere que a utilização de ferramentas como o ISBAR contribui para reduzir falhas de comunicação, melhorar a segurança do doente e favorecer a qualidade da articulação interprofissional, sobretudo em contextos assistenciais marcados por maior complexidade e necessidade de decisão rápida (Müller et al., 2018; Chaica et al., 2024).

Relativamente à utilização da câmara expansora, o projeto incidia na capacitação da criança e da família para a administração correta da terapêutica inalatória, promovendo o uso adequado do dispositivo e maximizando a eficácia do tratamento. A evidência demonstra que a técnica inalatória nas crianças é frequentemente inadequada, mas melhora quando existe ensino estruturado e supervisão profissional, o que reforça a importância da intervenção educativa do enfermeiro (Gillette et al., 2016).

Por sua vez, o projeto relativo à convulsão febril mostrava-se particularmente importante pela necessidade de orientar a atuação dos profissionais e apoiar os pais perante uma situação frequentemente vivida com elevada ansiedade. A literatura destaca que a educação dos cuidadores constitui um elemento central na abordagem à convulsão febril, contribuindo para reduzir o medo, promover medidas adequadas e melhorar a capacidade de resposta familiar perante novos episódios (Smith, 2019; Eiseman et al., 2024).

Globalmente, estes projetos evidenciavam uma cultura de qualidade e segurança no serviço, orientada para a sistematização das práticas, a redução da variabilidade dos cuidados e a promoção de intervenções mais consistentes e fundamentadas. A sua existência constituiu igualmente uma oportunidade de aprendizagem em contexto de estágio, permitindo compreender a importância da melhoria contínua da qualidade enquanto dimensão integrante do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Esta constatação reforçou a minha consciência sobre a importância da comunicação e educação para a saúde, mesmo neste contexto como estratégias para reduzir a

sobrecarga dos serviços de urgência e promover uma utilização mais eficiente do sistema. A promoção da literacia parental é, assim, uma componente essencial da prática de enfermagem pediátrica, contribuindo para uma abordagem mais sustentável, centrada na criança e na família (Goes, 2019).

Foi ainda desenvolvido, em colaboração com uma colega, um panfleto informativo subordinado à temática da diabetes, intitulado “O meu filho tem diabetes. E agora?”, pensado para ser disponibilizado aos pais de crianças com diagnóstico inaugural de diabetes mellitus. Este recurso tinha como principal objetivo apoiar os pais na compreensão dos conceitos iniciais associados à doença e facilitar a aquisição de competências básicas indispensáveis à gestão do regime terapêutico, nomeadamente no que respeita à monitorização da glicemia capilar e à administração de insulina. A elaboração deste material constituiu uma experiência relevante no âmbito da educação para a saúde, ao reforçar a importância da produção de instrumentos pedagógicos claros, acessíveis e ajustados às necessidades das famílias num momento frequentemente marcado por ansiedade, insegurança e necessidade de adaptação.

Contudo, apesar da pertinência do recurso desenvolvido, o panfleto não chegou a cumprir a sua finalidade prática, por não ter obtido concordância da enfermeira gestora do serviço para a sua implementação. Esta circunstância constituiu um aspeto importante de reflexão, uma vez que permitiu reconhecer que a qualidade e a utilidade percebida de uma intervenção não são, por si só, suficientes para garantir a sua operacionalização em contexto clínico. A implementação de propostas de melhoria depende igualmente da aceitação institucional, da validação pelas lideranças e do enquadramento organizacional do serviço. Deste modo, esta experiência contribuiu para uma compreensão mais alargada dos constrangimentos que podem interferir na concretização de iniciativas de enfermagem, reforçando a necessidade de fundamentação científica, articulação com a equipa e envolvimento dos responsáveis do serviço nos processos de mudança.

1.2. Estágio de Neonatologia

O segundo momento de ensino clínico decorreu numa Unidade Local de Saúde da região norte, no Serviço de Neonatologia, no período compreendido entre 27 de outubro e 5 de novembro de 2025. Este serviço apresenta uma organização estrutural em open space, distribuída por duas áreas distintas: a área de cuidados intermédios neonatais e a área de cuidados intensivos neonatais. A unidade dispõe de uma lotação de 16 vagas, distribuídas equitativamente entre ambas as áreas, às quais acrescem duas unidades de isolamento. As unidades encontram-se equipadas com incubadoras e berços distribuídos pelas diferentes

áreas assistenciais, dispondo ainda de cadeirões destinados ao conforto dos pais. Cada unidade encontra-se dotada de rampa de gases medicinais, monitores, bombas e/ou seringas perfusoras, ventiladores, sistemas de CPAP, zonas de higienização das mãos, contentores para resíduos e uma área central de trabalho destinada à equipa de enfermagem e à equipa médica. Existem ainda salas de trabalho e de apoio, essenciais ao adequado funcionamento do serviço. O serviço ainda dispõe de 2 salas de apoio à amamentação, onde as mães podem extrair o leite materno, para oferecer aos recém-nascidos.

A população-alvo dos cuidados é constituída por recém-nascidos prematuros e grandes prematuros, a partir das 23 semanas de gestação. A equipa é multidisciplinar, integrando médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e outros profissionais de saúde, assegurando uma abordagem integrada e diferenciada às necessidades do recém-nascido e da família.

O contexto clínico em neonatologia permite ao enfermeiro uma oportunidade privilegiada para experienciar e desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados aos recém-nascidos de pré-termo. Os cuidados ao recém-nascido prematuro requer uma prática baseada na evidência e uma abordagem centrada na família, estando perante um período crítico de adaptação e elevada vulnerabilidade (Mendes et al., 2019).

Durante este estágio, tive oportunidade de contactar diretamente com situações de prematuridade extrema, marcadas por elevada complexidade clínica, exigência técnica e acentuada vulnerabilidade do recém-nascido e da família. A vivência neste contexto contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, assim como para o aperfeiçoamento da tomada de decisão em cuidados neonatais, onde a instabilidade clínica e a fragilidade do recém-nascido exigem uma intervenção especializada e diferenciada.

Para este ensino clínico, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo 1: Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de neonatologia e integrar a equipa de saúde na dinâmica de prestação de cuidados.

Objetivo 2: Prestar cuidados de enfermagem especializados e individualizados ao recém-nascido e à sua família, fundamentados na evidência científica e nos princípios de humanização, com vista à promoção da adaptação neonatal, estabilidade clínica e conforto.

Objetivo 3: Promover o envolvimento e a capacitação parental no cuidado ao recém-nascido, favorecendo o vínculo afetivo, a parentalidade positiva e a confiança dos pais, através de uma abordagem centrada na família.

1.2.1 Reflexão Crítica

O estágio realizado no serviço de neonatologia constituiu uma experiência particularmente relevante no meu percurso formativo, dada a especificidade dos cuidados prestados e o elevado grau de diferenciação técnica, científica e relacional exigido neste contexto. Os cuidados de enfermagem neonatais dirigem-se a recém-nascidos em situação de elevada fragilidade fisiológica, frequentemente prematuros ou grandes prematuros, cujas condições clínicas podem sofrer alterações rápidas e exigir intervenção imediata. Tal realidade implica vigilância contínua, capacidade de antecipação e tomada de decisão clínica fundamentada, em consonância com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento, em situações de especial complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste contexto, tornou-se evidente que a estrutura física da unidade não é apenas organizacional, mas também funcional e terapêutica. A disposição em *open space*, associada à presença de incubadoras, berços aquecidos, monitores cardiorrespiratórios, ventiladores, dispositivos de CPAP e alto fluxo, bombas e seringas perfusoras, permitem uma observação contínua do recém-nascido e uma resposta célere por parte da equipa. Esta configuração reflete a elevada complexidade assistencial da neonatologia e reforça a necessidade de uma prática de enfermagem altamente diferenciada, rigorosa e sustentada na evidência científica.

Importa igualmente reconhecer que a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) se caracteriza por um ambiente altamente tecnológico, no qual a presença constante de equipamentos, alarmes, procedimentos e manipulações que expõe o recém-nascido a múltiplos estímulos sensoriais. A literatura demonstra que a exposição excessiva ao ruído, à luz artificial e à manipulação frequente pode interferir com a estabilidade fisiológica, o sono e o desenvolvimento neuro comportamental do recém-nascido prematuro. Por esse motivo, a enfermagem neonatal deve integrar princípios de cuidado desenvolvimental, nomeadamente a minimização de estímulos excessivos, a organização dos cuidados em função dos períodos de repouso e a promoção de um ambiente terapêutico mais protetor e ajustado à vulnerabilidade do recém-nascido (Velasco Arias et al., 2025; de Groot et al., 2024).

Ao longo deste ensino clínico, tive oportunidade de vivenciar experiências muito diversificadas, que me permitiram observar e prestar cuidados neonatais com elevado grau de diferenciação. Contactei com recém-nascidos em situações clínicas de grande complexidade, nomeadamente em contexto de prematuridade extrema, instabilidade respiratória e necessidade de suporte diferenciado, o que exigiu uma postura de elevado

cuidado, responsabilidade e capacidade de adaptação. Entre as experiências vivenciadas, destaco a participação em cuidados que envolveram intervenções invasivas, a manipulação de ventiladores com CPAP e/ou alto fluxo, a preparação e administração de medicação endovenosa, bem como a vigilância clínica contínua e a monitorização das respostas do recém-nascido às intervenções realizadas. Esta vivência permitiu-me compreender que a atuação do enfermeiro em neonatologia exige muito mais do que domínio técnico; requer observação minuciosa, raciocínio clínico apurado, decisão rápida e fundamentada e uma articulação permanente com a restante equipa multidisciplinar.

Para além da dimensão técnica, este estágio permitiu-me refletir sobre a importância da humanização dos cuidados em neonatologia. Apesar da centralidade da tecnologia e da vigilância pormenorizada, o cuidado ao recém-nascido não pode ser dissociado do cuidado à família. A evidência demonstra que os modelos de cuidados centrados na família e de family-integrated care em unidades neonatais se associam a maior participação parental, melhores experiências de cuidado e benefícios clínicos para o recém-nascido, incluindo melhoria das taxas de aleitamento materno, do ganho ponderal e da qualidade do sono (Chen et al., 2025; Togo et al., 2025). Neste sentido, tornou-se claro que a intervenção do enfermeiro deve integrar não apenas competência técnica e científica, mas também capacidade relacional, apoio emocional e promoção da vinculação e da parentalidade.

Neste âmbito, o aleitamento materno assume particular relevância na neonatologia, sendo reconhecido como a forma de alimentação de eleição para o recém-nascido prematuro ou de baixo peso, pelos seus benefícios nutricionais, imunológicos e desenvolvimentais. A Organização Mundial da Saúde recomenda que os recém-nascidos de baixo peso sejam alimentados, preferencialmente, com leite da própria mãe, mas quando tal não é possível, com leite humano doado, desde que existam condições seguras para a sua utilização. O mesmo vem do “Banco de Leite Humano” da ULS São João, pioneira na região norte do país. A promoção do aleitamento materno em neonatologia ultrapassa, assim, a dimensão exclusivamente nutricional, constituindo também uma intervenção promotora de vinculação parental e na continuidade dos cuidados. Contudo, reconhecem-se múltiplas barreiras à sua concretização, como a separação mãe-bebé, a instabilidade clínica do recém-nascido, a ansiedade parental e as exigências do ambiente tecnológico, o que reforça a importância do papel do enfermeiro no apoio à extração, administração e manutenção da lactação (OMS, 2023; Chen et al., 2025).

Foi igualmente desenvolvido, em colaboração com colegas, um panfleto informativo sobre a higiene do sono, intitulado *“Dormir também é crescer”*, com o objetivo de sensibilizar profissionais e famílias para a relevância do sono no contexto da neonatologia. A elaboração

deste recurso assentou na compreensão de que o sono constitui uma dimensão fundamental do desenvolvimento cerebral e da recuperação do recém-nascido, particularmente em contexto de prematuridade. A evidência disponível sublinha que a proteção e promoção do sono em unidades neonatais deve integrar a organização dos cuidados, a diminuição de ruído e luz, a minimização de manipulações desnecessárias e a valorização de estratégias não farmacológicas de conforto, reforçando a pertinência de intervenções educativas nesta área (Cunha et al., 2025; Gu et al., 2024).

Em termos globais, considero que o estágio em neonatologia constituiu um contexto de elevada exigência, mas simultaneamente de grande riqueza formativa. Permitiu-me desenvolver e consolidar competências técnicas, científicas e relacionais, aprofundar a compreensão da complexidade dos cuidados neonatais e reconhecer a importância de uma prática rigorosa, vigilante, especializada e humanizada. Mais do que a aquisição de novas competências, esta experiência contribuiu para reforçar a consciência do papel do EESIP na prestação de cuidados altamente diferenciados, seguros e centrados no recém-nascido e na sua família, em conformidade com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros.

1.3 Estágio de Pediatria

O estágio de pediatria decorreu num Unidade Local de Saúde da região norte, no serviço de internamento pediátrico, no período de 9 de dezembro de 2025 a 31 de janeiro de 2026. O internamento pediátrico assume particular relevância pela diversidade de situações clínicas e pelo nível de diferenciação exigido (Serviço Nacional de Saúde, 2016;).

O Internamento pediátrico médico é constituído por 20 camas, quartos individuais apetrechados de equipamentos de monitorização cardíaca e respiratórios, ligados a uma central que podem ser observados na sala de trabalho, contribuindo para uma vigilância mais apertada e consistente. Além disso, o internamento pediátrico possui diversas salas de trabalho de apoio logístico e médico, para um funcionamento pleno e quase sem constrangimentos.

Este serviço possui uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, médicos, técnicas auxiliares de saúde e outros profissionais que permitem cuidar da criança e família como foco central do cuidado, atendendo às suas necessidades específicas.

Neste âmbito, a resposta assistencial não se limita ao tratamento da patologia, integrando a promoção do desenvolvimento, a prevenção de complicações, o conforto, a gestão da dor e a preparação para a transição de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2018).

O internamento pediátrico constitui uma experiência potencialmente marcante para a criança/jovem e sua família, por implicar uma separação parcial do seu ambiente habitual, a exposição a procedimentos mais invasivos e, muitas vezes, a vivência de dor, medo e incerteza (Hockenberry & Wilson, 2018).

O internamento pediátrico é compreendido de uma perspetiva centrada na criança e na família, reconhecendo os pais/cuidadores como parceiros ativos no cuidado e na tomada de decisão. (Coyne et al, 20218). A intervenção do enfermeiro especialista orienta-se por modelos que valorizam o vínculo, a comunicação terapêutica, a adaptação às etapas do desenvolvimento e a minimização do impacto emocional da hospitalização, através de estratégias como a preparação para procedimentos, o brincar terapêutico, a manutenção de rotinas, a presença familiar e a promoção de um ambiente seguro e adequado à idade (Godino-láñez et al., 2020);

Assim, abordar o internamento pediátrico, implica refletir sobre a complexidade do cuidar em contexto hospitalar, articulando competências avançadas de avaliação e planeamento, trabalho em equipa multidisciplinar e a continuidade de cuidados, em consonância com o perfil das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018) e com os padrões de qualidade para a área da saúde da criança e do jovem (OE, 2011).

Para este contexto clínico, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo 1: Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de internamento pediátrico e integrar a equipa de saúde na dinâmica de prestação de cuidados.

Objetivo 2: Prestar cuidados de enfermagem especializados e individualizados à criança/jovem internada e à sua família, fundamentados na evidência científica e nos princípios de humanização, promovendo segurança e estabilidade clínica, conforto e bem-estar, e minimizando o impacto da hospitalização, favorecendo a adaptação e a continuidade de cuidados.

Objetivo 3: Promover o envolvimento e a capacitação parental no cuidado à criança/jovem internada, fortalecendo o vínculo, a parentalidade positiva e a confiança da família, através de uma abordagem centrada na criança e na família e de uma parceria efetiva nos cuidados.

1.3.1 Reflexão Crítica

O estágio realizado no internamento pediátrico médico constituiu uma experiência particularmente relevante no meu percurso formativo, pela diversidade de situações clínicas observadas e pela possibilidade de prestar cuidados a crianças com diferentes níveis de dependência e complexidade. Este contexto permitiu-me contactar com um conjunto alargado de patologias, incluindo situações agudas e sobretudo doenças crónicas, favorecendo uma compreensão mais abrangente das necessidades da criança e da família ao longo do processo de doença e hospitalização. Esta experiência insere-se no desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), nomeadamente no que respeita a assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde e a prestar cuidados em situações de especial complexidade, articulando-se igualmente com as competências comuns do enfermeiro especialista, sobretudo nos domínios da responsabilidade profissional, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional contínuo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A presença de crianças com patologias crónicas revelou-se particularmente significativa, na medida em que permitiu perceber que o cuidado pediátrico não se esgota na resposta à situação clínica imediata. Pelo contrário, exige uma abordagem continuada, centrada na adaptação à doença, na gestão do regime terapêutico, na promoção da autonomia possível e no suporte à família. Nos casos de internamentos prolongados, tornou-se mais evidente a importância de conhecer a criança para além da sua condição clínica, compreendendo os seus hábitos, rotinas, medos, formas de comunicar e estratégias de adaptação. Do mesmo modo, o contacto continuado com os pais e cuidadores possibilitou um conhecimento mais aprofundado da dinâmica familiar, das dificuldades sentidas e das necessidades de apoio, reforçando a relevância de cuidados centrados na criança e na família, modelo reconhecido como fundamental no internamento pediátrico (Hodgson et al., 2024; Seniwati et al., 2023).

A organização física do serviço constituiu igualmente um elemento importante na qualidade e segurança dos cuidados prestados. A disposição dos quartos, aliada à presença de dispositivos de monitorização cardíaca e respiratória, permitiu uma vigilância mais eficaz e imediata da criança, favorecendo a deteção precoce de alterações clínicas e a resposta atempada da equipa. Esta proximidade entre monitorização e espaço da criança contribui para maior segurança dos cuidados, particularmente em situações de maior instabilidade clínica.

Em simultâneo, exige do enfermeiro capacidade de observação contínua e articulação entre os dados objetivos da monitorização e a avaliação clínica global da criança.

Outro aspeto particularmente relevante neste estágio foi a comunicação com a criança e a família. Em contexto pediátrico, comunicar adequadamente implica ajustar a linguagem, o tom e a forma de interação à idade, ao nível de desenvolvimento e à capacidade de compreensão da criança. Esta adaptação é fundamental para promover a confiança, reduzir o medo e favorecer a cooperação nos cuidados e nos procedimentos. A literatura sublinha que a comunicação adaptada ao nível de desenvolvimento da criança, bem como o seu envolvimento no processo assistencial, melhora a experiência de hospitalização e contribui para cuidados mais centrados na criança (Sillero Sillero et al., 2024). Neste sentido, tornou-se claro que a comunicação em pediatria não pode ser uniforme, antes devendo ser individualizada, sensível e adequada à faixa etária, integrando simultaneamente a criança e os pais no processo do cuidar.

Destacou-se, igualmente, a importância da humanização dos cuidados. Em contexto de internamento pediátrico, a hospitalização representa frequentemente uma experiência geradora de medo, ansiedade e rutura com o quotidiano da criança e da família. Assim, a qualidade dos cuidados não depende apenas da competência técnica, mas também da forma como o enfermeiro acolhe, escuta, comunica e envolve a criança e os pais no processo assistencial. A humanização traduz-se em intervenções que respeitam os ritmos da criança, promovem a presença e participação parental e valorizam a parceria entre profissionais e família, aspetos reconhecidos como centrais no modelo de cuidados centrados na família (Hodgson et al., 2024; Seniwati et al., 2023).

A dinâmica do serviço revelou-se igualmente formativa, pela necessidade constante de articulação entre profissionais, gestão de prioridades e adaptação às exigências diárias do internamento. A coexistência de crianças com necessidades muito distintas, associada à necessidade de assegurar continuidade de cuidados, exigiu capacidade de organização, flexibilidade e trabalho em equipa. Neste contexto, foi possível aprofundar a compreensão de que o internamento pediátrico exige uma intervenção simultaneamente técnica, relacional e organizacional, na qual a continuidade e a consistência dos cuidados assumem particular importância.

Importa ainda referir que, apesar de já exercer funções num serviço de internamento pediátrico, este campo de estágio me permitiu contactar com uma realidade diferente daquela que vivencio no exercício profissional quotidiano. O facto de me encontrar neste contexto enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica possibilitou-me olhar para a prática com maior espírito crítico, aprofundar a reflexão sobre as intervenções

realizadas e analisar o serviço a partir de uma perspectiva mais especializada e fundamentada. Assim, mais do que uma simples continuidade da experiência previamente adquirida, este estágio constituiu uma oportunidade de consolidar experiências e competências no âmbito do MEESIP, reforçando conhecimentos, aperfeiçoando a capacidade de análise crítica e fortalecendo a construção da identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista.

No que respeita aos registos clínicos, não senti dificuldade na sua realização, uma vez que o sistema de documentação e a dinâmica de registo do serviço já eram do meu conhecimento prévio, decorrente da experiência profissional no mesmo contexto. Esta familiaridade permitiu-me maior segurança e autonomia na documentação dos cuidados, favorecendo uma integração mais fluida na prática diária. Ainda assim, o estágio constituiu uma oportunidade para reforçar a importância do registo clínico enquanto instrumento de comunicação, continuidade de cuidados, responsabilidade profissional e visibilidade da intervenção de enfermagem, sendo reconhecido como elemento essencial da prática segura e individualizada (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2023; Demsash et al., 2023).

Apesar de o tempo de estágio ter sido relativamente curto, considero que foi um período intenso e muito significativo, pela riqueza das experiências vivenciadas e pela aprendizagem proporcionada. A brevidade temporal limitou, naturalmente, a possibilidade de aprofundar algumas situações e acompanhar percursos clínicos mais prolongados, contudo, a intensidade do contexto assistencial permitiu-me contactar com uma grande diversidade de realidades clínicas e relacionais, favorecendo o desenvolvimento e a consolidação de competências técnicas, científicas e humanas.

Em síntese, o estágio em internamento pediátrico permitiu-me reconhecer a complexidade e a riqueza deste contexto assistencial, no qual coexistem exigência técnica, vigilância clínica, continuidade de cuidados e forte componente relacional. Mais do que um espaço de resposta à doença, o internamento pediátrico revelou-se um contexto privilegiado para a consolidação de cuidados especializados, humanizados e centrados na criança e na família, contribuindo de forma clara para o desenvolvimento das competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Parte II – Estudo de Investigação

2. Desenvolvimento Infantil e Neuroplasticidade

O desenvolvimento infantil constitui um processo dinâmico, contínuo e multidimensional, resultante da interação entre fatores biológicos, ambientais e relacionais. Os primeiros anos de vida representam um período de elevada plasticidade cerebral, no qual experiências precoces, positivas ou adversas, podem influenciar significativamente as trajetórias futuras de saúde, aprendizagem e adaptação social. Esta dinâmica decorre da interação entre fatores biológicos e ambientais, sendo os primeiros anos de vida um período crítico para o desenvolvimento cerebral (Fandakova & Hartley, 2020; Gazerani, 2025). A qualidade das experiências precoces influencia o desenvolvimento cognitivo, emocional e social ao longo de todo o ciclo vital (Black et al., 2017; Mualem et al., 2024).

A vigilância sistemática do desenvolvimento assume-se como uma estratégia prioritária de saúde pública, permitindo a deteção precoce de alterações e a implementação atempada de intervenções adequadas. Em Portugal, esta vigilância encontra-se enquadrada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde, que estabelece orientações para a monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança.

Paralelamente, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância constitui um mecanismo estruturante na resposta a crianças com risco ou alterações no desenvolvimento, reforçando a importância da articulação entre cuidados de saúde e intervenção precoce.

Neste contexto, o enfermeiro — particularmente o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica — desempenha um papel central na consulta de desenvolvimento, integrando competências de avaliação clínica, educação parental, promoção da parentalidade positiva e referenciação para equipas multidisciplinares.

Apesar da relevância destas intervenções, a literatura evidencia heterogeneidade na sua implementação, assim como a existência de barreiras organizacionais, profissionais e familiares que podem comprometer a sua eficácia (Thürlimann, Verweij, & Naef, 2022). A identificação sistemática das intervenções utilizadas e dos fatores que influenciam a sua operacionalização revela-se, assim, essencial para o fortalecimento de uma prática clínica baseada na evidência.

Segundo Britto et al., 2017, as intervenções precoces centradas na família apresentam um impacto importante na melhoria dos indicadores de desenvolvimento, especialmente quando iniciadas antes dos três anos de idade.

A Organização Mundial da Saúde (2020) reforça que a vigilância planeada e estruturada do desenvolvimento deve integrar os cuidados primários de saúde.

2.1 Consulta de Desenvolvimento em Portugal

Em Portugal, a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil encontra-se enquadrada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde, no qual orienta a monitorização organizada do desenvolvimento da criança, a identificação precoce de sinais de alerta e a promoção de intervenções preventivas e promotoras de saúde ao longo da infância (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013). Este enquadramento reforça a importância de uma avaliação contínua e estruturada, centrada não apenas nos aspetos biomédicos, mas também nas dimensões relacionais, comportamentais e psicossociais do desenvolvimento infantil.

Neste contexto, a consulta de desenvolvimento assume-se como um espaço privilegiado de vigilância, prevenção e promoção da saúde infantil, permitindo acompanhar as aquisições da criança nas diferentes áreas do desenvolvimento — motora, cognitiva, da linguagem, social e emocional — e identificar precocemente eventuais desvios ao percurso desenvolvimental esperado (DGS, 2013). Para além da vertente avaliativa, esta consulta possibilita o estabelecimento de uma relação de proximidade com a família, favorecendo a escuta das preocupações parentais, a orientação antecipatória e a capacitação dos cuidadores para a promoção de contextos favoráveis ao desenvolvimento da criança.

A relevância desta consulta é particularmente evidente nos primeiros anos de vida, período em que o cérebro apresenta maior plasticidade e em que as experiências precoces exercem influência determinante no desenvolvimento global da criança. Assim, a intervenção precoce e a deteção atempada de fatores de risco ou sinais de alerta constituem elementos essenciais para a otimização dos ganhos em saúde e desenvolvimento, bem como para a minimização de eventuais consequências funcionais futuras (Britto et al., 2017; Daelmans et al., 2017).

Em Portugal, a resposta às crianças com alterações do desenvolvimento ou em risco grave de atraso desenvolvimento é reforçada pela articulação com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, e operacionalizado, entre outros diplomas, pelo Despacho n.º 2735/2011 e pela Portaria n.º 293/2013. O SNIPI destina-se a crianças até aos 6 anos com alterações nas funções ou estruturas do corpo ou em risco grave de atraso do desenvolvimento, assente numa atuação coordenada entre os setores da saúde, educação e solidariedade social, com

envolvimento da família e da comunidade (Decreto-Lei n.º 281/2009; Despacho n.º 2735/2011; Portaria n.º 293/2013).

Deste modo, a consulta de desenvolvimento deve ser entendida como parte integrante de uma rede articulada de cuidados, na qual a avaliação e deteção precoces, a referenciação adequada e a continuidade assistencial se revelam fundamentais. A qualidade desta intervenção depende não só da existência de orientações normativas e de mecanismos de referenciação, mas também da competência dos profissionais de saúde para desenvolverem práticas baseadas na evidência, centradas na criança e na família, e ajustadas às necessidades específicas de cada contexto clínico e social (DGS, 2013; Decreto-Lei n.º 281/2009).

2.2 Intervenções de Enfermagem na Consulta de Desenvolvimento

As intervenções de enfermagem na consulta de desenvolvimento assumem particular relevância no contexto da saúde infantil, dada a sua contribuição para a promoção do desenvolvimento saudável, para a deteção precoce de alterações e para a capacitação da família enquanto principal contexto de cuidado da criança. O enfermeiro, pela sua proximidade à criança e aos cuidadores, pelo papel educativo que desempenha e pela sua visão holística do processo saúde-doença, encontra-se numa posição privilegiada para intervir de forma ativa, sistemática e diferenciada nesta área (DGS, 2013).

A literatura evidencia quatro grandes domínios de intervenção de enfermagem na consulta de desenvolvimento: avaliação e rastreio do desenvolvimento, educação parental, promoção da estimulação precoce e referenciação precoce para serviços especializados. Estes domínios são complementares e interdependentes, integrando-se numa prática clínica centrada na criança e na família, orientada para a promoção de ganhos em saúde e para a prevenção de trajetórias desenvolvimentais adversas (Britto et al., 2017; Jeong et al., 2021).

No domínio da avaliação e rastreio do desenvolvimento, o enfermeiro assume um papel essencial na monitorização sistemática das aquisições desenvolvimentais e na identificação precoce de sinais de alerta. A utilização de instrumentos de rastreio uniformizados e validados aumenta a probabilidade de deteção atempada de atrasos ou perturbações do desenvolvimento, contribuindo para uma intervenção mais célere e adequada (Radecki et al., 2015; Marks et al., 2018). Para além do uso de instrumentos, a observação

clínica, a valorização das preocupações parentais e a análise da interação pais-criança são elementos fundamentais de uma avaliação compreensiva e contextualizada.

No que respeita à educação parental, as intervenções de enfermagem dirigidas aos pais ou cuidadores são fundamentais para promover a literacia em saúde, fortalecer competências parentais e apoiar práticas quotidianas promotoras do desenvolvimento infantil. A evidência demonstra que intervenções parentais realizadas nos primeiros anos de vida produzem efeitos positivos em múltiplos domínios do desenvolvimento, nomeadamente cognitivo, linguístico, motor e socioemocional, além de melhorarem conhecimentos, práticas parentais e interações entre pais e filhos (Jeong et al., 2021). Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel relevante ao orientar os cuidadores relativamente à comunicação com a criança, ao brincar, à responsividade parental, às rotinas e à conceção de ambientes seguros e estimulantes.

Relativamente à promoção da estimulação precoce, sabe-se que os primeiros anos de vida constituem um período fulcral para a organização do desenvolvimento neurobiológico, sendo a qualidade dos estímulos oferecidos determinante para a aquisição de competências futuras. Os programas de estimulação precoce, especialmente quando integrados nas rotinas familiares e centrados nas interações entre a criança e os pais, demonstram benefícios significativos ao nível do desenvolvimento cognitivo, motor e socioemocional (Britto et al., 2017). Neste domínio, a intervenção do enfermeiro passa não apenas pela recomendação de atividades adequadas à idade e estágio de desenvolvimento, mas também pela capacitação da família para reconhecer oportunidades de estimulação nas atividades quotidianas.

Por fim, a referenciação precoce para serviços especializados constitui um apoio determinante da prática de enfermagem na consulta de desenvolvimento. Sempre que são identificados sinais de alerta, fatores de risco significativos ou alterações nas aquisições esperadas, o encaminhamento célere para recursos especializados, como equipas de intervenção precoce, pediatria do desenvolvimento ou outras respostas terapêuticas, torna-se essencial para maximizar o potencial desenvolvimental da criança. A literatura sublinha que a identificação e intervenção precoces estão associadas a melhores resultados funcionais e a maior probabilidade de acesso atempado a intervenções baseadas na evidência (Zwaigenbaum et al., 2015). O enfermeiro assume, assim, um papel central na deteção da necessidade de referenciação, na orientação da família e na articulação entre diferentes níveis e setores de cuidados.

Em síntese, as intervenções de enfermagem na consulta de desenvolvimento ultrapassam a dimensão estritamente técnica da vigilância clínica, integrando funções de avaliação, educação, capacitação, mediação e articulação interprofissional. Trata-se de uma

prática complexa e diferenciada, que exige conhecimento científico atualizado, competência relacional e capacidade de intervenção centrada na criança e na família, constituindo um contributo fundamental para a promoção do desenvolvimento infantil e para a deteção e intervenção precoces (DGS, 2013; Jeong et al., 2021; Britto et al., 2017).

3. Metodologia

A presente investigação é de tipologia de Scoping Review teve como finalidade mapear, a evidência científica disponível relativa às intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na consulta de desenvolvimento infantil, bem como identificar os fatores facilitadores e as barreiras à sua implementação na prática clínica. A opção por esta abordagem metodológica justifica-se pela sua adequação à exploração de áreas complexas, à clarificação de conceitos e ao mapeamento da extensão, natureza e lacunas da evidência disponível (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Peters et al., 2020).

A presente revisão foi conduzida de acordo com as orientações metodológicas atualizadas do JBI para revisões de âmbito, amplamente reconhecidas pela sua robustez e aplicabilidade na investigação em saúde (Peters et al., 2020). A redação, organização e apresentação dos resultados obedeceram às recomendações do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*), com vista a assegurar transparência, rigor metodológico e reprodutibilidade em todas as etapas do processo de revisão (Tricco et al., 2018).

3.1. Identificação da questão de investigação e critérios de inclusão

A definição da questão de investigação foi orientada pela estratégia PCC — População, Conceito e Contexto —, recomendada pelo JBI para a estruturação de revisões de âmbito (Peters et al., 2020). Neste sentido, considerou-se como população as crianças em acompanhamento na consulta de desenvolvimento infantil; como conceito, as intervenções desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, assim como os fatores facilitadores e as barreiras associadas à sua implementação; e como contexto, a consulta de desenvolvimento infantil.

Com base nesta estrutura metodológica, definiu-se a seguinte questão de revisão: Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na consulta de desenvolvimento infantil e quais os fatores facilitadores e as barreiras à sua implementação na prática clínica?

Componente PCC	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P – População	Estudos que incluam crianças em acompanhamento na consulta de desenvolvimento infantil.	Estudos centrados exclusivamente em adolescentes, adultos ou outras populações sem relação com crianças em desenvolvimento infantil; estudos sem participação de crianças, famílias ou profissionais relevantes para o tema.
C – Conceito	Estudos sobre intervenções de enfermagem em saúde infantil na vigilância do desenvolvimento, necessidades familiares, encaminhamento para intervenção precoce e fatores facilitadores/barreiras à sua implementação.	Estudos focados predominantemente em doenças crônicas específicas, como asma, diabetes, dermatite, anemia ou oncologia, sem relação direta com o desenvolvimento infantil; estudos sobre funções gerais de enfermagem pediátrica sem ligação explícita ao desenvolvimento infantil; estudos sobre saúde mental pediátrica sem foco específico no desenvolvimento.
C – Contexto	Estudos realizados no contexto da consulta de desenvolvimento infantil, vigilância infantil, cuidados de saúde primários.	Estudos realizados em contextos de unidade de cuidados intensivos pediátricos, cuidados paliativos, trauma, cirurgia ou outros contextos hospitalares especializados sem relação com a consulta de desenvolvimento.
Outros critérios metodológicos	Estudos primários, revisões sistemáticas e revisões de âmbito; publicados nos últimos 10 anos; disponíveis em texto integral; redigidos em português, inglês ou espanhol.	Estudos publicados há mais de 10 anos; sem acesso a texto integral; resumos de conferências e documentos sem detalhe metodológico suficiente; estudos que, após leitura integral, não respondam à questão de investigação.

Tabela 1 – Matriz PCC, critérios de inclusão e de exclusão

3.2 Estratégia de pesquisa

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, ScienceDirect e Global Index Medicus, selecionadas em função da sua pertinência para a identificação de literatura científica relevante na área em estudo. A consulta de diferentes bases de dados permitiu ampliar o alcance da pesquisa e maximizar a identificação de estudos potencialmente elegíveis.

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida a partir da combinação de descritores MeSH (*Medical Subject Headings*) e de termos livres considerados pertinentes para a operacionalização dos conceitos centrais da revisão. O vocabulário MeSH, produzido pela National Library of Medicine, constitui uma ferramenta essencial para indexação e pesquisa de informação biomédica e em saúde. Os termos de pesquisa foram combinados através de operadores booleanos, designadamente AND, OR e NOT, com o objetivo de articular os

diferentes componentes da questão de revisão, ampliar ou restringir os resultados obtidos e aumentar a precisão da pesquisa. Sempre que necessário, a estratégia foi ajustada às especificidades de indexação e funcionamento de cada base de dados consultada (National Library of Medicine, 2026; Peters et al., 2020). A tabela 2 representa os descritores mesh utilizados.

Descritores Mesh	Não descritores
Pediatric Nursing; Child Development; Developmental Disabilities; Mass Screening, Early Diagnosis; Primary Health Care, Child Health; Services; Well Child Care; Early Intervention; Nurse's; child care	Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria

Tabela 2 – Descritores

Com base no PCC foi elaborado uma expressão de pesquisa ("Pediatric Nursing") AND ("Child Development") AND ("Early Diagnosis" OR "Early Intervention" OR "Early Intervention, Educational").

A pesquisa bibliográfica foi realizada a 27 de fevereiro de 2026, em português e inglês, através de expressões booleanas adaptadas a cada base de dados. No total, foram identificados 166 estudos. As expressões booleanas utilizadas em cada base de dados encontram-se apresentadas na Tabela 3.

Bases de dados	Estratégia
<u>Pubmed</u>	(nursing OR "pediatric nursing" OR nurses) AND ("developmental screening" OR "developmental surveillance" OR "child development monitoring") AND (child OR infant OR "early childhood") AND (intervention OR "nursing intervention")
<u>ScienceDiret</u>	("pediatric nursing" OR child development monitoring AND nursing intervention AND ("Pediatric Nursing") AND ("Child Development") AND ("Early Diagnosis" OR "Early Intervention" OR "Early Intervention, Educational"))
<u>Global Index Medicus</u>	(pediatric nursing) AND (developmental screening) AND (child)

Tabela 3 – Estratégia de pesquisa

3.3 Seleção de estudos

Depois da pesquisa em bases de dados foram contabilizados, um total de 166 estudos. Todos os registos das pesquisas das bases de dados foram exportados para o software Rayyan, com o objetivo de serem submetidos a uma triagem criteriosa para inclusão, para que respondessem à pergunta de investigação.

Procedeu-se numa fase inicial, à eliminação dos estudos duplicados, na qual não se verificou não existirem duplicados. Posteriormente, desenvolveu-se o processo de seleção dos estudos em etapas sucessivas. Numa primeira fase, procedeu-se à triagem dos 166 estudos através da leitura dos títulos e resumos, com a finalidade de identificar os estudos potencialmente elegíveis. Numa segunda fase, os 14 estudos selecionados foram submetidos a leitura integral, de forma a confirmar a sua adequação à questão de revisão e aos critérios de elegibilidade previamente definidos. Foi excluído um artigo por limite temporal. Este processo encontra-se alinhado com a orientação metodológica do JBI e com os princípios de relato do PRISMA-ScR (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018).

Nem sentido, foram incluídos 13 estudos que posteriormente submetidos a um processo de extração, organização e mapeamento dos dados, contemplando informação relevante, nomeadamente autor, ano de publicação, país de origem, objetivo do estudo, desenho metodológico, participantes, contexto, tipo de intervenção identificada, fatores facilitadores, barreiras e principais conclusões. A síntese dos dados foi realizada de forma

descritiva e narrativa, permitindo organizar a evidência em categorias temáticas e proporcionar uma compreensão integrada das intervenções descritas e dos fatores que influenciam a sua implementação no contexto clínico, em consonância com a metodologia proposta pelo JBI para revisões de âmbito (Peters et al., 2020).

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi apresentado de forma transparente, em conformidade com o PRISMA-ScR, apresentado na Figura 1, de modo a permitir uma descrição clara, sistemática e reprodutível das diferentes etapas que conduziram à seleção final dos artigos incluídos na revisão (Tricco et al., 2018).

Identificação de Estudos por Base de Dados

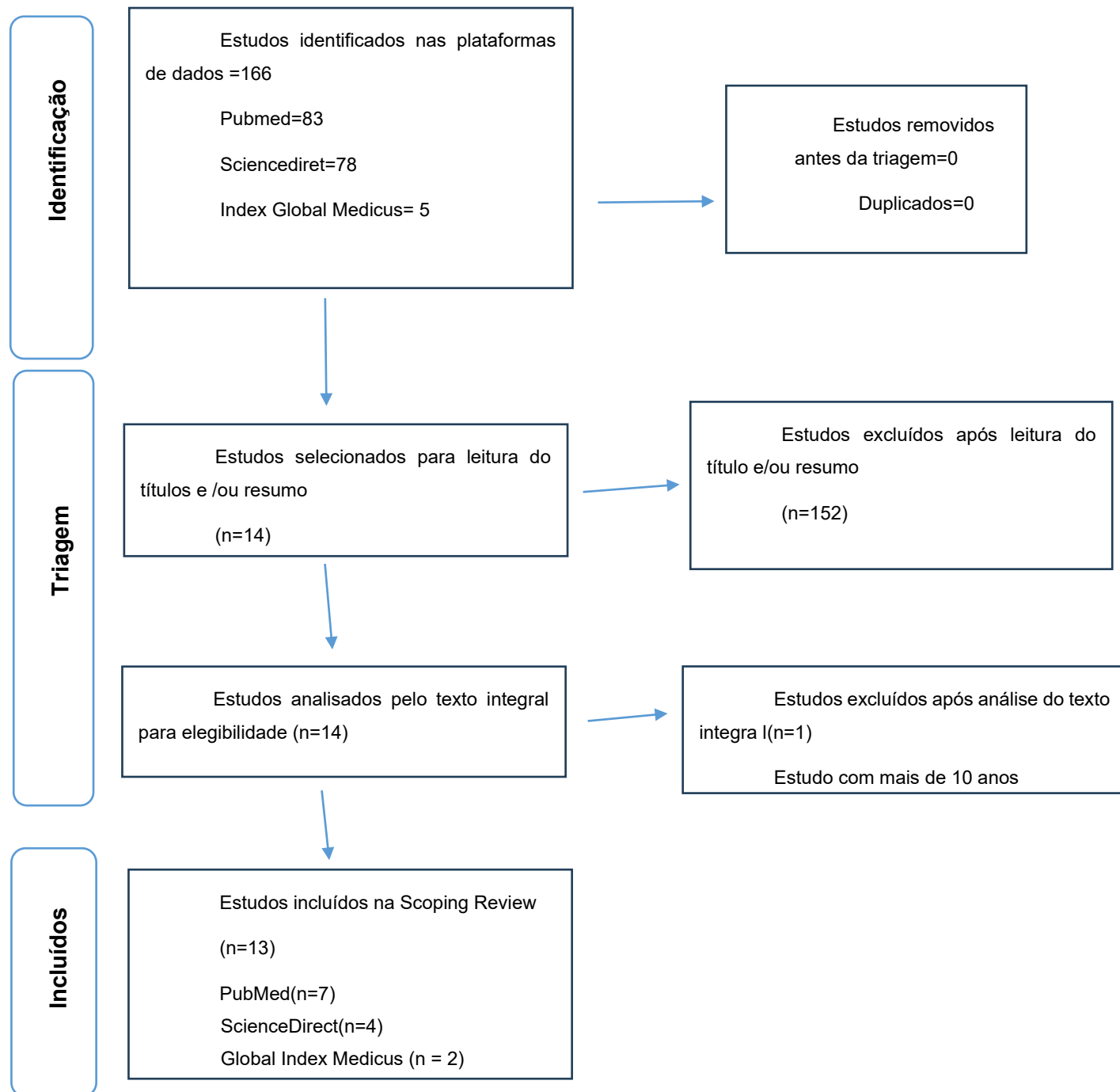


Figura 1– Adaptação de Prisma ScR

Fonte: Tricco, 2018

4. Resultados

Foram incluídos 13 estudos na presente *Scoping Review*, publicados entre 2018 e 2025, provenientes de distintos contextos geográficos, nomeadamente Brasil, Suécia, Coreia do Sul, Suíça, Estados Unidos da América, Austrália e Turquia. No que respeita ao desenho metodológico, identificaram-se estudos qualitativos, observacionais, quase-experimentais, ensaios pragmáticos de implementação, ensaios clínicos randomizados por clusters, revisões sistemáticas e estudos metodológicos, o que evidencia a heterogeneidade da produção científica relativa à temática em análise.

A análise dos estudos permitiu organizar os resultados em três eixos fundamentais: intervenções de vigilância e deteção precoce do desenvolvimento infantil, necessidades das famílias e acesso à intervenção precoce e fatores facilitadores e barreiras à implementação na prática clínica.

Os estudos incluídos evidenciam que a atuação do enfermeiro e dos profissionais de cuidados de saúde primários assume um papel central na vigilância do desenvolvimento infantil, na identificação precoce de sinais de risco ou atraso e no encaminhamento para intervenção precoce.

Tabela 4 – Estudos Seleccionados

Artigo (autores, ano, país)	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados principais	Conclusão
E1 - Santos et al., 2021 Brasil Vivências de enfermeiros na consulta de puericultura: percepção sobre os sinais de risco/atraso para o desenvolvimento infantil	Compreender a percepção e a prática dos enfermeiros na identificação de sinais de risco/atraso do desenvolvimento infantil durante a consulta de puericultura.	Estudo qualitativo com análise de conteúdo temático.	12 enfermeiros de unidades de saúde da família de um distrito sanitário de Recife.	A maioria conhecia e utilizava a ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil, mas a linguagem usada para definir sinais de risco/atraso foi considerada imprecisa. Foram descritas dificuldades no registo dos marcos e recurso à equipa multiprofissional quando surgiam alterações.	O enfermeiro assume papel central na vigilância do desenvolvimento, mas a qualidade do registo e o uso consistente dos parâmetros oficiais precisam de reforço para uma assistência integral.
E2 – Melo et al., 2022 Brasil Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”	Validar clinicamente os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”.	Estudo metodológico, transversal, abordagem quantitativa.	124 crianças avaliadas em ambulatório de especialidades e unidades de saúde da família.	Os fatores de risco testados estavam presentes em 87,1% das crianças. A maioria dos fatores apresentou especificidade acima de 80% e sensibilidade inferior a 30%. Destacaram-se como associados: perturbação genética, perturbação congénita e desenvolvimento cognitivo parental prejudicado.	O estudo refinou a acurácia diagnóstica do diagnóstico de enfermagem e identificou fatores associados relevantes para a prática clínica e para a vigilância do desenvolvimento infantil.

Artigo (autores, ano, país)	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados principais	Conclusão
E3 - Carlsson Höglund et al., 2025 Suécia Encountering children with suspected neurodevelopmental disorders in Child Health Services: Swedish nurses' experiences	Descrever as experiências dos enfermeiros perante crianças com suspeita de perturbações do neurodesenvolvimento em Child Health Services.	Estudo qualitativo indutivo.	20 enfermeiros entrevistados individualmente.	Os enfermeiros relataram forte sentido de responsabilidade na detecção de desvios, mas também incerteza na avaliação subjetiva e dificuldade em gerir reações parentais. Valorizaram colaboração interprofissional, informação adicional de educadores e referência atempada, embora tenham referido tempos de espera prolongados.	Os achados sustentam a necessidade de mais formação, ferramentas de comunicação, instrumentos de rastreio e melhor gestão da referência para otimizar a resposta clínica.
E4 - Shin et al., 2025 Coreia do Sul Early intervention for children with developmental disabilities and their families via telehealth: Systematic review	Sintetizar a evidência sobre a efetividade e a implementação de intervenções precoces por telehealth em crianças 0–3 anos com perturbações do desenvolvimento ou em risco.	Revisão sistemática.	18 estudos; diádes cuidador-criança com idades entre 5 e 37 meses.	Foram incluídos 18 estudos (12 desenhos de caso único, 4 ensaios randomizados e 2 estudos com grupos não equivalentes). A videoconferência síncrona foi a modalidade dominante e, em parte da evidência, a telehealth mostrou efetividade comparável ou superior à intervenção presencial. Persistiram lacunas em literacia tecnológica e em resultados cognitivos.	A telehealth é uma alternativa viável e promissora para a intervenção precoce, melhorando acessibilidade e cuidado centrado na família, embora sejam necessários estudos mais robustos e multidisciplinares.

Artigo (autores, ano, país)	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados principais	Conclusão
E5 - Moser et al., 2023 Suíça The role of well-child visits in detecting developmental delay in preschool children	Avaliar o papel das consultas de vigilância infantil na detecção do atraso do desenvolvimento em idade pré-escolar.	Estudo observacional de registos, complementado por inquérito online a médicos de cuidados primários.	1.785 crianças referenciadas para intervenção precoce no Cantão de Zurique e 271 médicos de cuidados primários inquiridos.	Os médicos de cuidados primários foram responsáveis por 79,5% das referenciações médicas e referenciaram corretamente mais de 90% das crianças com necessidade de intervenção precoce. As well-child visits foram consideradas o principal contexto de identificação; a hesitação dos pais foi uma barreira frequente.	As consultas de vigilância infantil constituem uma oportunidade privilegiada para a detecção precoce do atraso do desenvolvimento e para o início atempado da intervenção.
E6 -Steinman et al., 2022 Estados Unidos da América Reducing barriers to autism screening in community primary care: A pragmatic trial using web-based screening	Determinar se uma intervenção que reduz barreiras logísticas e de conhecimento aumenta o rastreio do autismo aos 18 meses e a autoeficácia dos profissionais.	Ensaio pragmático de implementação.	46 profissionais de cuidados primários de 10 consultas em quatro condados de Washington.	Após a intervenção, 8 das 10 consultas passaram a usar o webM-CHAT-R/F rotineiramente. O rastreio de rotina aumentou de 82% para 98% e o uso da entrevista de seguimento de 33% para 82%; a autoeficácia aumentou em todas as áreas avaliadas.	Uma intervenção breve, combinando formação e rastreio digital, aumentou a fidelidade do rastreio do autismo e a confiança clínica dos profissionais.

Artigo (autores, ano, país)	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados principais	Conclusão
E7 - Sheldrick et al., 2022 Estados Unidos da América Effectiveness of screening in early intervention settings to improve diagnosis of autism and reduce health disparities	Avaliar se um protocolo multietápico de rastreio do autismo em serviços de intervenção precoce aumenta o diagnóstico e reduz disparidades.	Estudo quase-experimental com análise difference-in-differences.	33.326 crianças entre 14 e 36 meses, em 3 agências de implementação e 9 agências de comparação.	A implementação do rastreio associou-se a aumento significativo da taxa de diagnósticos de autismo (IRR 1,6), equivalente a 8,1 diagnósticos adicionais por 1.000 crianças por trimestre. Observaram-se ainda reduções das disparidades para famílias hispanofalantes.	O rastreio multietápico em serviços de intervenção precoce mostrou-se eficaz e contribuiu para reduzir desigualdades no diagnóstico do autismo.
E8 - Solgi et al., 2023 Estados Unidos da América An intervention to increase detection of developmental delays in Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children	Avaliar uma intervenção formativa dirigida a profissionais do WIC para aumentar a identificação e referência de atrasos do desenvolvimento.	Ensaio randomizado por clusters (agências).	7 agências WIC do Oregon (4 intervenção, 3 controlo); dados de 46 crianças referenciadas para EI/ECSE.	Três das quatro agências de intervenção aumentaram as referências, enquanto nenhuma agência controlo apresentou aumento. As referências passaram de 5 para 33 no braço de intervenção e diminuíram de 6 para 2 no controlo.	Uma formação breve com materiais do CDC aumentou, a curto prazo, as referências para intervenção precoce, sugerindo potencial para reduzir disparidades.

Artigo (autores, ano, país)	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados principais	Conclusão
E9 -Solgi et al., 2025 Estados Unidos da América Predictors of early intervention referral after a positive developmental screen in community primary care clinics	Identificar fatores do utente, do profissional e do rastreio que predizem a referência para intervenção precoce após rastreio positivo.	Estudo observacional analítico com revisão de registos clínicos e inquérito a profissionais.	2.756 well-child checks (15, 18, 24 e 30 meses) em 7 consultas de cuidados primários de quatro condados do Oregon.	Apenas cerca de 54% das crianças com MCHAT-R positivo e 42% das com ASQ-3 positivo receberam referência. A decisão de referenciar associou-se às pontuações do rastreio, mas não às variáveis demográficas da criança ou do profissional; houve variação importante entre locais e profissionais.	Muitas crianças com rastreio positivo não são referenciadas. Os resultados apoiam a necessidade de formação e de maior alinhamento entre limiares de rastreio e decisão clínica.
E10 - Nelson et al., 2025 Austrália Facilitators and barriers of accessing community health services for children in the early years: An Australian qualitative study	Compreender as experiências e prioridades de famílias e prestadores relativamente ao acesso a serviços de saúde comunitários para crianças nos primeiros anos de vida.	Estudo qualitativo com grupos focais e análise temática.	Pais/cuidadores e prestadores de serviços em áreas socioeconomicamente desfavorecidas de Armadale, Austrália Ocidental.	Os facilitadores incluíram família alargada, comunidade, creche, espaços seguros e práticas de cuidado universal. Entre as barreiras surgiram isolamento social, sobrecarga, determinantes sociais da saúde, enviesamento institucional e políticas fiscais.	A melhoria do acesso exige modelos integrados e relacionais de cuidado, com co-design e coordenação, para remover barreiras estruturais e apoiar famílias vulneráveis.

Artigo (autores, ano, país)	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados principais	Conclusão
E 11 – Choi, 2025 Coreia do Sul Exploring parental uncertainty and information needs for children with developmental disabilities: A qualitative study	Explorar que tipos de informação reduzem a incerteza parental nas diferentes fases de vida de crianças com perturbações do desenvolvimento.	Estudo qualitativo com entrevistas em profundidade e análise de conteúdo.	19 pais de crianças com perturbações do desenvolvimento, entre 2 e 16 anos, na Coreia do Sul.	Emergiram necessidades de informação ao longo do ciclo de vida (deteção/intervenção precoce, percurso escolar e transição para a vida adulta), dificuldades no sistema de apoio em saúde e necessidade de recursos integrados e serviços de enfermagem especializados.	Intervenções de enfermagem orientadas para a informação e coordenação dos cuidados podem reduzir a incerteza parental e melhorar os resultados das crianças e famílias.
E 12 - Işık-Uslu & Çetin ,2024 Turquia Early intervention service needs of mothers with a child diagnosed with autism spectrum disorder in Turkey: A qualitative study	Examinar as necessidades de intervenção precoce de mães de crianças com perturbação do espectro do autismo.	Estudo qualitativo com entrevistas semi-estruturadas.	9 mães de crianças entre 2 e 6 anos com diagnóstico de PEA.	Foram identificados seis temas principais: apoio psicológico, apoio social, apoio financeiro, fortalecimento da família, melhoria de respostas governamentais e necessidade de maior consciencialização social.	Os resultados defendem programas de intervenção precoce mais holísticos e colaborativos, ajustados às necessidades das mães e das famílias.

Artigo (autores, ano, país)	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados principais	Conclusão
E13 - Gallegos et al.,2021 Estados Unidos da América Racial disparities in developmental delay diagnosis and services received in early childhood	Examinar disparidades raciais no diagnóstico de atraso do desenvolvimento e na receção de serviços na primeira infância, controlando a capacidade cognitiva e outros fatores contextuais.	Estudo observacional analítico com dados secundários longitudinais.	7.950 crianças do Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort.	Entre as crianças com atraso do desenvolvimento, a probabilidade de diagnóstico e receção de serviços foi menor em crianças negras, asiáticas, com língua principal não inglesa e sem seguro de saúde; crianças negras e Latinx receberam menos serviços.	Persistem desigualdades importantes no diagnóstico e no acesso aos serviços, o que reforça a necessidade de estratégias de rastreio e referência mais equitativas.

Dos estudos selecionados, foram identificados temas emergentes, como apresentado na tabela 5.

Tabela 5– Temas emergentes

Tema emergente	Estudo
Intervenções de vigilância e detecção precoce do desenvolvimento infantil.	E1 – Santos et al. ,2021; E2 – Melo et al. ,2022; E3 – Carlsson Höglund et al. (2025); E5 – Moser et al.,2023; E6 – Steinman et al.,2022; E7 – Sheldrick et al.,2022; E8 – Solgi et al.,2023; E9 – Solgi et al.,2025.
Necessidades das famílias e acesso à intervenção precoce.	E4 – Shin et al.,2025; E10 – Nelson et al.,2025; E11 – Choi, 2025; E12 – Işık-Uslu e Çetin, 2024; E13 – Gallegos et al.,2021.
Fatores facilitadores e barreiras à implementação na prática clínica.	E1 – Santos et al.,2021; E3 – Carlsson Höglund et al.,2025; E4 – Shin et al.,2025; E6 – Steinman et al.,2022; E7 – Sheldrick et al.,2022; E8 – Solgi et al.,2023; E9 – Solgi et al.,2025; E10 – Nelson et al.,2025; E13 – Gallegos et al.,2021.

Intervenções de vigilância e detecção precoce do desenvolvimento infantil

Os estudos incluídos evidenciam que a vigilância do desenvolvimento infantil constitui uma área fucral da atuação dos enfermeiros e dos profissionais dos cuidados de saúde primários. Santos e associados (2021) (**E1**), refere que os enfermeiros utilizam a ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil na consulta de vigilância e reconhecem a sua importância na detecção precoce, embora existam dificuldades na precisão da linguagem e no registo das etapas do desenvolvimento. Por outro lado, Melo e associados (2022) (**E2**), aponta que os fatores de risco associados ao diagnóstico de enfermagem “risco de atraso no desenvolvimento infantil” estão presentes numa dimensão significativa das crianças avaliadas, reforçando a importância da avaliação sistemática e estruturada em enfermagem.

Noutro estudo Carlsson Höglund e associados (2025) (**E3**), esclarece que os enfermeiros adotam uma responsabilidade na identificação de suspeitas de perturbações do neurodesenvolvimento e valorizam a deteção precoce, a colaboração interprofissional e a referenciação oportuna. Noutra perspetiva Moser e colaboradores (2023) (**E5**), aborda que as consultas de vigilância infantil constituem o principal contexto de deteção precoce do atraso do desenvolvimento, sendo os profissionais dos cuidados primários responsáveis pela maioria das referenciações adequadas. Steinmen e associados (2022) (**E6**), considera que uma intervenção breve, assente na formação dos profissionais e na utilização de rastreio digital do autismo, aumentou a realização de rastreios de rotina, a utilização da entrevista de seguimento e a autoeficácia clínica dos profissionais. Em consonância com Sheldrick e associados (2022) (**E7**), refere que a implementação de um protocolo multietápico de rastreio do autismo em serviços de intervenção precoce aumentou os diagnósticos e reduziu algumas disparidades no acesso ao diagnóstico. Solgi e colaboradores (2023) (**E8**), identifica uma formação breve dirigida a profissionais do programa WIC aumentou as referenciações para intervenção precoce, sugerindo melhoria da deteção em contexto comunitário. Outro estudo de Solgi e associados (2025) (**E9**), demonstra que uma proporção considerável de crianças com rastreio positivo não foi referenciada, revelando limitações entre a identificação do risco e a decisão clínica de encaminhamento, ou seja, numa referenciação adequada.

Necessidades das famílias e acesso à intervenção precoce

Os estudos evidenciam igualmente a centralidade da família no percurso de vigilância, deteção e acesso à intervenção precoce.

Shin e associados (2025) (**E4**), demonstra que a telehealth constitui uma alternativa viável e promissora para intervenção precoce, com benefícios ao nível da acessibilidade, do envolvimento familiar e do cuidado centrado na família. Nelson e associados (2025) (**E10**), identifica como facilitadores o apoio familiar e comunitário, as creches e os espaços seguros e como barreiras, o isolamento social, a sobrecarga parental e os determinantes sociais da saúde. O estudo de Choi (2025) (**E11**), aborda que os pais de crianças com perturbações do desenvolvimento experienciam elevada incerteza e apresentam necessidades de informação ao longo de diferentes fases do ciclo de vida da criança, ou seja, necessitam de serem capacitados para a deteção precoce, a intervenção, a escolaridade e a transição para a vida adulta. Contudo, Işık-Uslu e Çetin (2024) (**E12**), menciona que as mães de crianças com perturbação do espectro do autismo referem necessidades de apoio psicológico, social, financeiro, familiar e institucional, apontando para programas mais holísticos, à realidade e necessidades familiares. Contudo Gallegos e associados (2021) (**E13**), indica que existem

desigualdades raciais, linguísticas e socioeconómicas no diagnóstico do atraso do desenvolvimento e no acesso a serviços, mostrando que fatores estruturais influenciam os cuidados e condicionam o acesso à intervenção precoce.

Fatores facilitadores e barreiras à implementação na prática clínica

Relativamente aos fatores facilitadores e barreiras à implementação das intervenções, os estudos mostram que a qualidade da vigilância do desenvolvimento infantil depende de múltiplas condições organizacionais, formativas e relacionais. Entre os principais facilitadores destacam-se a utilização de instrumentos de rastreio padronizados, a formação dos profissionais, a existência de protocolos definidos, a colaboração interprofissional, o recurso a soluções digitais e o envolvimento ativo da família. Santos e associados (2021) (**E1**), alude que foram identificadas como barreiras a imprecisão na linguagem utilizada pelos enfermeiros e as fragilidades no registo dos marcos do desenvolvimento, comprometendo a uniformidade da vigilância clínica. Carlsson Höglund e associados (2025) (**E3**), indica como fatores facilitadores a colaboração entre profissionais, a recolha de informação junto de educadores e a referenciação atempada e como barreiras, a incerteza clínica, as reações parentais e os tempos de espera prolongados. Shin e associados (2025) (**E4**), refere que a telehealth pode facilitar a acessibilidade e o cuidado centrado na família, mas apresenta limitações relacionadas com a literacia digital e com a robustez da evidência disponível. Steinman e associados (2022) (**E6**), elucida que a formação dos profissionais e o uso de ferramentas digitais funcionam como facilitadores da implementação do rastreio e do aumento da confiança clínica.

Sheldrick e associados (2022) (**E7**), menciona que protocolos estruturados de rastreio favorecem a identificação precoce e podem contribuir para reduzir desigualdades no acesso ao diagnóstico. Solgi e associados (2023) (**E8**), refere que intervenções formativas breves podem melhorar a referenciação para intervenção precoce, constituindo um facilitador importante em contexto comunitário. Por outro lado, Solgi e associados (2025) (**E9**), indica que existe variabilidade entre profissionais e locais na decisão de referenciar, mostrando que a existência de rastreio positivo não garante encaminhamento adequado. Nelson e associados (2025) (**E10**), aponta como facilitadores a rede familiar, o apoio comunitário e os espaços seguros e barreiras o isolamento social, a sobrecarga parental, os determinantes sociais e as falhas de coordenação dos serviços. Gallegos e associados (2021) (**E13**), acrescenta que as desigualdades sociais, linguísticas, raciais e económicas constituem barreiras estruturais relevantes no diagnóstico e no acesso aos serviços.

5. Discussão dos resultados

A presente *scoping review* evidenciou que as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no contexto da consulta de desenvolvimento infantil, se centram predominantemente na vigilância sistemática do desenvolvimento, na detecção precoce de sinais de risco e no encaminhamento para intervenção precoce. De forma global, os resultados obtidos mostram-se concordantes com a bibliografia em geral, a qual reconhece a vigilância do desenvolvimento como uma dimensão estruturante dos cuidados de saúde infantis e como condição crucial para a identificação oportuna de alterações do desenvolvimento.

A evidência atual reforça que a identificação precoce de alterações do desenvolvimento deve resultar de uma prática contínua, sistemática e integrada nos cuidados de saúde infantil. Neste sentido, Lipkin e Macias et al.,2020, defendem que a vigilância do desenvolvimento deve estar presente em todas as consultas de saúde infantil, sendo complementada por instrumentos padronizados de rastreio em momentos-chave do desenvolvimento.

Intervenções de vigilância e detecção precoce do desenvolvimento infantil

No primeiro tema emergente, os resultados da revisão confirmam a centralidade da vigilância do desenvolvimento na prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Os estudos incluídos evidenciam que a monitorização sistemática do desenvolvimento, a observação dos marcos esperados, a valorização das preocupações da família e a identificação precoce de sinais de alerta constituem dimensões fundamentais da intervenção em saúde infantil.

Esta interpretação encontra suporte na literatura recente. Lipkin e Macias et al.,2020, reforçam que a vigilância do desenvolvimento deve ser compreendida como um processo longitudinal, contínuo e integrado em todas as consultas de saúde infantil, devendo abarcar a observação clínica, a escuta ativa dos pais e a utilização de instrumentos de rastreio padronizados. No mesmo sentido, Zubler et al.,2022, destacam a importância de marcos do desenvolvimento baseados em evidência, que permitam apoiar os profissionais na identificação precoce de alterações e na tomada de decisão clínica.

Mais especificamente no contexto da enfermagem, Carlsson Höglund et al.,2025, evidenciam o papel dos enfermeiros dos serviços de saúde infantil na identificação de crianças

com suspeita de perturbações do neurodesenvolvimento, na comunicação com as famílias e na articulação com outros profissionais e em contextos educativos. Esta perspetiva aproxima-se dos resultados da presente revisão, na medida em que os estudos incluídos reforçam a importância do enfermeiro enquanto profissional de proximidade, com capacidade para observar a criança, decifrar sinais de risco e orientar a família ao longo do processo de referenciação.

Deste modo, os resultados da revisão reforçam que a vigilância do desenvolvimento não deve ser entendida como uma prática complementar ou ocasional, mas como uma componente essencial da intervenção do enfermeiro especialista. A consulta de desenvolvimento infantil constitui, assim, um momento privilegiado para a avaliação global da criança, permitindo integrar informação clínica, familiar, comportamental e contextual.

No que respeita à utilização de instrumentos estruturados, os estudos incluídos mostram que o recurso a ferramentas validadas favorece a deteção de atrasos do desenvolvimento, contribuindo para uma maior sistematização da prática clínica. Esta evidência converge com as recomendações de Lipkin e Macias et al.,2020, que defendem a utilização de instrumentos padronizados em idades-chave, nomeadamente aos 9, 18 e 30 meses, bem como sempre que sejam identificadas preocupações relativas ao desenvolvimento da criança.

Contudo, os resultados desta revisão evidenciam que a existência de instrumentos validados, por si só, não garante uma prática homogénea. A aplicação dos instrumentos pode ser condicionada por fatores como tempo disponível, formação dos profissionais, confiança na interpretação dos resultados, organização dos serviços e acessibilidade a respostas especializadas. Esta leitura é coerente com Radomski et al.,2025, que salientam que, apesar do potencial dos instrumentos breves de rastreio em cuidados primários, persistem barreiras relacionadas com a formação, os custos, o tempo de aplicação e a integração dos resultados na prática clínica.

Paralelamente, os resultados obtidos indicam que a utilização isolada de instrumentos de rastreio não é suficiente para assegurar a eficácia das intervenções. A avaliação do desenvolvimento infantil exige a articulação entre instrumentos padronizados, julgamento clínico, experiência profissional e observação contextualizada da criança. Esta perspetiva é reforçada por Larsson et al.,2025, que, ao estudarem a perspetiva de enfermeiros sobre o rastreio precoce da linguagem, identificaram que a experiência profissional, a flexibilidade na abordagem, as características da criança, as barreiras linguísticas, as expectativas parentais e os tempos de espera influenciam a administração e interpretação dos rastreios.

Assim, os resultados da revisão confirmam que a qualidade da vigilância do desenvolvimento depende do conhecimento técnico, experiência clínica, competências comunicacionais e da utilização adequada de instrumentos estruturados. O enfermeiro especialista assume, neste domínio, um papel fundamental, não apenas na aplicação de ferramentas de rastreio, mas também na interpretação integrada dos resultados e na orientação da família para respostas adequadas.

Por fim, os estudos incluídos revelam fragilidades na articulação entre a deteção precoce e o acesso efetivo à intervenção. Esta evidência sugere que a eficácia da vigilância do desenvolvimento não depende apenas da identificação dos sinais de risco, mas também da capacidade de assegurar continuidade assistencial. McManus et al., 2020, demonstram que persistem lacunas entre a referência para intervenção precoce e o efetivo acesso aos serviços, sendo estas desigualdades particularmente relevantes em populações socialmente mais vulneráveis.

Neste sentido, a vigilância do desenvolvimento só se traduz em ganhos efetivos quando articulada a circuitos de referência claros, respostas acessíveis e continuidade no acompanhamento. Assim, os resultados da revisão e a literatura recente convergem na necessidade de redes assistenciais articuladas, capazes de garantir que a criança identificada com sinais de risco acede atempadamente à avaliação especializada e à intervenção precoce.

Necessidades das famílias e acesso à intervenção precoce

No segundo tema emergente, os resultados da revisão evidenciam a centralidade da família no processo de vigilância, deteção e intervenção. Os estudos analisados mostram que o envolvimento parental constitui um elemento determinante para o sucesso das intervenções, quer ao nível da identificação das necessidades da criança, quer no que se refere à adesão às orientações, à continuidade dos cuidados e ao acesso a respostas de intervenção precoce.

Esta perspetiva é coerente com a literatura recente sobre cuidados centrados na família. McCarthy e Guerin (2022), identificam o cuidado centrado na família como um modelo de referência na intervenção precoce, salientando que a participação ativa dos cuidadores, a comunicação clara, a relação colaborativa com os profissionais e o reconhecimento das prioridades familiares contribuem para melhores processos de cuidado. De igual modo, Scherr et al., 2020, demonstram que a forma como os pais interpretam os sinais de atraso do desenvolvimento influencia a procura de ajuda, o envolvimento com os serviços e a adesão à intervenção.

Os resultados da presente revisão mostram, assim, concordância com a literatura ao evidenciarem que a família não deve ser entendida como destinatária passiva da intervenção, mas como parceira ativa no processo de cuidado. Esta abordagem implica reconhecer os pais como fontes privilegiadas de informação sobre a criança, valorizando as suas preocupações, expectativas e percepções relativamente ao desenvolvimento infantil.

Neste âmbito, o enfermeiro especialista desempenha um papel essencial na capacitação parental. Através da comunicação terapêutica, da educação para a saúde e da orientação antecipatória, o enfermeiro pode promover a literacia em saúde, apoiar os cuidadores na identificação de sinais de alerta e favorecer uma maior participação da família nas decisões relativas à criança. Esta intervenção torna-se particularmente importante quando existem dúvidas, insegurança ou dificuldade em compreender os resultados dos rastreios e as etapas do processo de referenciação.

Todavia, os estudos incluídos revelam igualmente que as famílias enfrentam dificuldades no acesso à informação, aos serviços e aos recursos de apoio, o que pode comprometer a continuidade dos cuidados e a eficácia da intervenção precoce. Estas dificuldades podem estar relacionadas com fatores socioeconómicos, barreiras culturais e linguísticas, baixa literacia em saúde, distância geográfica, tempos de espera, complexidade dos sistemas de referenciação e fragilidade das redes de apoio.

Esta constatação está em consonância com Sapiets et al.,2021, que identificam múltiplos fatores que influenciam o acesso das famílias à intervenção precoce, incluindo fatores individuais, familiares, profissionais, organizacionais e estruturais. Os autores salientam que o acesso à intervenção nem sempre corresponde ao nível de necessidade da criança, podendo existir desigualdades significativas no percurso entre a identificação do problema e a obtenção de apoio especializado.

De igual modo, McManus et al.,2020, evidenciam que, mesmo quando existe referenciação para intervenção precoce, nem todas as crianças recebem efetivamente os serviços necessários. Esta evidência reforça que a identificação precoce, embora fundamental, não é suficiente se não for acompanhada por mecanismos eficazes de seguimento, referenciação e monitorização do acesso.

Deste modo, os resultados sugerem que o acesso à intervenção precoce não depende exclusivamente da capacidade clínica de identificar sinais de risco. Depende também da existência de respostas acessíveis, articuladas, culturalmente sensíveis e ajustadas às necessidades concretas das famílias. Neste contexto, o enfermeiro especialista pode desempenhar um papel mediador entre a família e os serviços, facilitando a compreensão do

percurso assistencial, promovendo a adesão às orientações e contribuindo para reduzir barreiras no acesso aos cuidados.

Assim, a promoção do desenvolvimento infantil exige uma abordagem que integre a dimensão clínica, relacional, familiar e social. A intervenção do enfermeiro especialista deve, por isso, ir além da avaliação da criança, incorporando também a avaliação das necessidades da família, dos seus recursos, das suas dificuldades e da sua capacidade para participar ativamente no processo de cuidado.

Fatores facilitadores e barreiras à implementação na prática clínica

No terceiro tema emergente, os estudos incluídos evidenciam que a implementação eficaz das intervenções na consulta de desenvolvimento infantil depende de um conjunto articulado de fatores profissionais, organizacionais e contextuais. Entre os principais facilitadores identificados destacam-se a utilização de instrumentos de rastreio estruturados, a formação contínua dos profissionais, a existência de protocolos clínicos definidos, a colaboração interprofissional, a continuidade assistencial e o envolvimento ativo das famílias. Em conjunto, estes elementos parecem favorecer uma maior consistência na prática clínica, contribuir para a uniformização dos cuidados e reduzir a variabilidade na identificação precoce de alterações do desenvolvimento. Esta evidência encontra suporte em Lipkin e Macias et al., 2020, que defendem a adoção de processos sistemáticos de vigilância e rastreio, integrados nos cuidados de saúde infantil e articulados com mecanismos de referência e acompanhamento.

A formação contínua emerge igualmente como um fator decisivo. Os resultados obtidos indicam que profissionais mais capacitados tendem a apresentar maior segurança na avaliação do desenvolvimento, melhor capacidade de interpretação dos sinais de risco e maior confiança na comunicação com as famílias. Esta evidência é reforçada por Carlsson Höglund et al., 2025, que identificam a necessidade de formação, orientações claras e apoio organizacional para que os enfermeiros possam responder adequadamente a situações de suspeita de perturbações do neurodesenvolvimento.

Também Larsson et al., 2025, salientam que a experiência profissional influencia a confiança dos enfermeiros na aplicação e interpretação de rastreios do desenvolvimento, nomeadamente no domínio da linguagem. Os autores identificam ainda que fatores externos, como barreiras linguísticas, expectativas dos pais, características individuais da criança e tempos de espera nos serviços que podem condicionar a avaliação e a decisão de encaminhamento.

No que respeita aos instrumentos estruturados, os resultados da revisão sugerem que estes constituem importantes facilitadores da prática clínica, na medida em que permitem uma avaliação mais sistemática e contribuem para a identificação atempada de alterações. Contudo, a literatura recente reforça que a implementação destes instrumentos exige condições organizacionais adequadas. Radomski et al.,2025, salientam que os cuidados de saúde primários oferecem oportunidades relevantes para o rastreio do desenvolvimento, mas que a sua implementação continua limitada por barreiras como restrições de tempo, formação insuficiente, custos e ausência de dados robustos sobre resultados de implementação.

De forma convergente, Coker et al.,2024, demonstram que as práticas de rastreio na infância permanecem variáveis entre profissionais, sendo influenciadas por barreiras organizacionais e práticas. Esta evidência reforça a necessidade de integrar os instrumentos de rastreio em fluxos clínicos bem definidos, com protocolos acessíveis, responsabilidades claras e mecanismos de seguimento após a identificação de resultados alterados.

A colaboração interprofissional surge também como um fator facilitador relevante. A consulta de desenvolvimento infantil implica frequentemente a articulação entre enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, educadores e equipas de intervenção precoce. Esta articulação permite uma compreensão mais ampla das necessidades da criança e favorece respostas mais ajustadas. Os resultados da revisão mostram que a ausência de articulação entre serviços pode comprometer a continuidade assistencial, atrasar o encaminhamento e dificultar o acesso efetivo à intervenção.

As principais barreiras identificadas relacionam-se com a escassez de tempo nas consultas, a falta de formação específica, a inexistência ou fraca utilização de protocolos, a variabilidade na aplicação dos instrumentos, a dificuldade na referenciação, os tempos de espera para serviços especializados e as desigualdades no acesso das famílias aos recursos disponíveis. Peterson-Katz et al.,2023, identificam barreiras e facilitadores semelhantes na implementação do rastreio do desenvolvimento e da intervenção precoce, destacando a importância da formação, do acompanhamento, da adaptação aos contextos locais e do apoio organizacional.

Neste sentido, os resultados da revisão sugerem que a implementação eficaz das intervenções de enfermagem não depende apenas da competência individual do profissional, mas também das condições institucionais e organizacionais em que a prática ocorre. A existência de protocolos claros, instrumentos acessíveis, circuitos de referenciação definidos e equipas articuladas constitui uma condição essencial para garantir uma resposta adequada às crianças e famílias.

Deste modo, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve ser compreendida como uma prática clínica, relacional e organizacional. O enfermeiro não atua apenas na avaliação direta da criança, mas também na gestão da informação, na educação da família, na coordenação com outros profissionais e na promoção da continuidade dos cuidados. Esta visão amplia o papel do enfermeiro especialista, colocando-o como elemento central na promoção do desenvolvimento infantil e na redução de barreiras ao acesso à intervenção precoce.

6. Conclusão

A realização desta *Scoping Review* permitiu-me aprofundar a compreensão sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na consulta de desenvolvimento infantil. Ao longo deste trabalho, fui percebendo que esta consulta representa muito mais do que um momento de avaliação da criança, constituindo uma oportunidade importante para observar, acompanhar, orientar e intervir de forma precoce perante possíveis alterações no desenvolvimento.

Uma das conclusões mais importantes que retiro deste trabalho é que a vigilância do desenvolvimento infantil deve ser uma prática contínua e valorizada nos cuidados de saúde infantil. Através de uma observação atenta da criança, da escuta ativa das preocupações dos pais e da avaliação das etapas do desenvolvimento, o enfermeiro especialista deve identificar sinais de risco ou atraso e contribuir para uma resposta mais rápida e adequada.

Também concluí que a intervenção do enfermeiro especialista não deve centrar-se apenas na criança, mas também na família. Os pais e cuidadores têm um papel fundamental no processo de desenvolvimento infantil, pelo que devem ser envolvidos, esclarecidos e apoiados ao longo de todo o acompanhamento. A comunicação clara, a educação para a saúde e a capacitação parental surgem, assim, como aspetos essenciais da prática do enfermeiro.

Outro aspeto que considero relevante prende-se com a utilização de instrumentos estruturados de avaliação. Os mesmos permitem melhorar a prática clínica, tornando-a mais organizada e sistemática, não substituindo a observação, a experiência profissional e a avaliação do enfermeiro. Por esse motivo, considero que a avaliação do desenvolvimento deve resultar da articulação entre ferramentas adequadas, conhecimento técnico e compreensão da realidade de cada criança e família.

Este estudo permitiu-me ainda identificar fatores que podem facilitar a intervenção na consulta de desenvolvimento infantil, nomeadamente a formação dos profissionais, o trabalho em equipa, a existência de instrumentos de avaliação, a articulação entre serviços e a organização dos cuidados. Estes elementos contribuem para uma prática mais segura, coerente e centrada nas necessidades da criança.

Por outro lado, também ficaram evidentes algumas dificuldades que podem comprometer a implementação destas intervenções. Entre elas destacam-se a falta de formação específica, o tempo limitado nas consultas, os constrangimentos organizacionais, a variabilidade das práticas e as desigualdades no acesso aos cuidados. Estas barreiras

mostram que a qualidade da intervenção não depende apenas do enfermeiro, mas também das condições existentes nos serviços.

De forma pessoal, este trabalho permitiu-me valorizar ainda mais a importância da enfermagem especializada na promoção do desenvolvimento infantil. Considero que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem um papel fundamental na deteção precoce de alterações, no apoio à família, na promoção de competências parentais e na articulação com outros profissionais e recursos da comunidade.

Concluo também que esta área necessita de maior investimento, tanto na prática clínica como na investigação. É importante continuar a desenvolver estudos que permitam conhecer melhor as intervenções realizadas pelos enfermeiros especialistas na consulta de desenvolvimento infantil, bem como o impacto dessas intervenções na criança, na família e na continuidade dos cuidados.

Em síntese, este estudo permitiu-me concluir que a consulta de desenvolvimento infantil é um contexto fundamental para a promoção da saúde da criança. O enfermeiro especialista assume aqui um papel determinante, mas para que a sua intervenção seja realmente eficaz é necessário garantir formação adequada, tempo, recursos, instrumentos de avaliação e uma boa articulação entre serviços. Só desta forma será possível assegurar uma prática mais sistematizada, humanizada e centrada nas necessidades reais da criança e da família.

7. Considerações Finais

O presente relatório de Estágio permitiu realizar uma análise global, crítica e reflexiva do percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, evidenciando o contributo dos diferentes contextos clínicos para a aquisição, consolidação e aprofundamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Os contextos de urgência pediátrica, neonatologia e internamento pediátrico médico, revelaram-se particularmente significativos, pela diversidade de experiências proporcionadas, pela complexidade assistencial envolvida e pela possibilidade de integrar conhecimentos teóricos, científicos e práticos numa perspetiva especializada e centrada na criança e na família.

Ao longo deste percurso, foi possível desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e reflexivas fundamentais ao exercício especializado. A experiência clínica permitiu aprofundar capacidades de observação, avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução de cuidados, bem como reforçar a importância da comunicação adequada à criança, ao estadio de desenvolvimento e à família. Paralelamente, a vivência dos diferentes contextos assistenciais evidenciou a necessidade de uma prática de enfermagem segura, humanizada, eticamente sustentada e baseada na evidência, em consonância com o perfil profissional esperado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Para além do desenvolvimento de competências, este relatório contribuiu também para o aprofundamento do conhecimento na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, particularmente no que respeita à importância da vigilância do desenvolvimento infantil, da promoção da parentalidade, da continuidade dos cuidados e da intervenção especializada em contextos de maior complexidade. A realização da Scoping Review possibilitou sistematizar a evidência científica disponível sobre as intervenções do EESIP na consulta de desenvolvimento infantil, permitindo identificar práticas relevantes, fatores facilitadores, barreiras à sua implementação e oportunidades de melhoria. Deste modo, o relatório não se limitou a descrever experiências, mas procurou produzir reflexão e conhecimento com potencial utilidade para a prática clínica.

Em termos prospetivos, considera-se fundamental continuar a investir na formação contínua, na consolidação de práticas baseadas na evidência e no reforço de modelos de

cuidado centrados na criança e na família. Torna-se igualmente pertinente aprofundar a investigação em áreas específicas da intervenção do EESIP, particularmente na consulta de desenvolvimento infantil, contribuindo para uma maior sistematização das práticas e para a valorização do papel do enfermeiro especialista nos diferentes contextos assistenciais.

Em síntese, este percurso formativo constituiu uma etapa determinante de crescimento pessoal, académico e profissional, reforçando a consciência do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção da saúde, na prevenção da doença, na vigilância do desenvolvimento e no apoio à criança e à família. As experiências vivenciadas, articuladas com a reflexão crítica e com a evidência científica, contribuíram de forma significativa para a construção de uma identidade profissional mais sólida, diferenciada e preparada para responder aos desafios da prática especializada.

Referências bibliográficas

- Abreu, L., Barcelos, M., & Fernandes, C. (2024). Capacitação parental no lactente com febre. Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica: revisão integrativa. *Jornal de Investigação Médica (JIM)*, 5(1), 03–15. <https://doi.org/10.29073/jim.v5i1.904>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., Grantham-McGregor, S., & Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Brito, S. S. C. (2023). *Cuidar o conforto: Intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias].
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Carlsson Höglund, L., Jakobsson, U., & Lundqvist, P. (2025). Encountering children with suspected neurodevelopmental disorders in child health services: Swedish nurses' experiences. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A handover nursing strategy in emergency departments, scoping review. *Healthcare*, 12(3), 399. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030399>
- Chen, S., Shen, H., Jin, Q., Zhou, L., & Feng, L. (2025). Family-centered care in the neonatal intensive care unit: A meta-analysis and systematic review of outcomes for preterm infants. *Translational Pediatrics*, 14(1), 192–206.
- Choi, H. (2025). Exploring parental uncertainty and information needs for children with developmental disabilities: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*.

- Coker, T. R., Gottschlich, E. A., Burr, W. H., & Lipkin, P. H. (2024). Early childhood screening practices and barriers: A national survey of primary care pediatricians. *Pediatrics*, 154(2), e2023065552. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-065552>
- Costa, M., & Alves, S. (2020). *Procura inapropriada do serviço de urgência pediátrica: motivos e implicações para os cuidados de saúde primários*. Revista de Enfermagem Referência, 5(3), 87–95.
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Daelmans, B., Darmstadt, G. L., Lombardi, J., Black, M. M., Britto, P. R., Lye, S., Dua, T., Bhutta, Z. A., & Richter, L. M. (2017). Early childhood development: The foundation of sustainable development. *The Lancet*, 389(10064), 9–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31659-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31659-2)
- de Groot, E. R., Dudink, J., & Austin, T. (2024). Sleep as a driver of pre- and postnatal brain development. *Pediatric Research*, 96(6), 1503–1509.
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 193.
- Demsash, A. W., Azale, T. A., Mare, K. U., et al. (2023). Health professionals' routine practice documentation and its associated factors in a resource-limited setting: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(2), e064566.
- Despacho n.º 2735/2011, de 8 de fevereiro. Constituição da comissão de coordenação do SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário da República*, 2.ª série. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Doan, Q., Genuis, E. D., & Yu, A. (2019). *Emergency department visits for pediatric patients: Current perspectives and challenges*. Pediatric Emergency Care, 35(7), 498–504.
- Fandakova, Y., & Hartley, C. A. (2020). Mechanisms of learning and plasticity in childhood and adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 42, 100764. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100764>
- Fernandes, C., Silva, A., & Moura, P. (2021). *Motivos de recurso não urgente à urgência pediátrica: estudo exploratório*. Revista de Enfermagem Referência, 6(1), 12–21.
- Gallegos, A., Dudovitz, R., Biely, C., Chung, P. J., Coker, T. R., Barnert, E., Guerrero, A. D., Szilagyi, P. G., & Nelson, B. B. (2021). Racial disparities in developmental delay

- diagnosis and services received in early childhood. *Academic Pediatrics*, 21(7), 1230–1238. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.05.008>
- Gazerani, P. (2025). The neuroplastic brain: Current breakthroughs and emerging frontiers. *Brain Research*, 1858, 149643. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2025.149643>
- Gillette, C., Rockich-Winston, N., Kuhn, J. A., Flesher, S., & Shepherd, M. (2016). Inhaler technique in children with asthma: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 16(7), 605–615. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.04.006>
- Godino-láñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J., & Albendín-García, L. (2020). Play therapy as an intervention in hospitalized children: A systematic review. *Healthcare*, 8(3), 239.
- Goes, A. R. (2019). *Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções*. *Saúde & Tecnologia*, 22, 8–12. <https://doi.org/10.25758/set.2237>
- Gu, Y., Tang, Y., Chen, X., & Xie, J. (2024). Best evidence summary of sleep protection in premature infants in the neonatal intensive care unit: A narrative review. *Translational Pediatrics*, 13(6), 946–962. <https://doi.org/10.21037/tp-24-92>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2021). *Wong's nursing care of infants and children*. Elsevier.
- Hodgson, C. R., Mehra, R., & Franck, L. S. (2024). Child and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions for hospitalized pediatric patients: A systematic review. *Children*, 11(8), 949. <https://doi.org/10.3390/children11080949>
<https://doi.org/10.1038/s41390-024-03371-5>
- Işık-Uslu, A. E., & Çetin, Z. (2024). Early intervention service needs of mothers with a child diagnosed with autism spectrum disorder in Turkey: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 18(5), e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- Larsson, A., Häll, A., Granér, E., & Carlsson, E. (2025). Early language screening at 30 months of age in Swedish child health services: A qualitative study of nurses' perspectives. *Frontiers in Pediatrics*, 13, 1570793. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1570793>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

- Lipkin, P. H., & Macias, M. M.; Council on Children With Disabilities; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2020). Promoting optimal development: Identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 145(1), e20193449. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
- McCarthy, E., & Guerin, S. (2022). Family-centred care in early intervention: A systematic review of the processes and outcomes of family-centred care and impacting factors. *Child: Care, Health and Development*, 48(1), 1–32. <https://doi.org/10.1111/cch.12901>
- McManus, B. M., Richardson, Z., Schenkman, M., Murphy, N. J., Everhart, R. M., Hambidge, S., & Morrato, E. (2020). Child characteristics and early intervention referral and receipt of services: A retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 20, 84. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1965-x>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Melo, N. P. de, Souza, J. M. de, Cordeiro, S. M., & Veríssimo, M. de L. Ó. R. (2022). *Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 56, e20220229. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0229pt.
- Mendes, I. C., Araújo, B. B. M., Rodrigues, L. S., & Carvalho, R. E. F. L. (2019). Cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro: Abordagem centrada na família e na humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 27–34.
- Moser, M., Müllner, C., Ferro, P., Albermann, K., Jenni, O. G., & von Rhein, M. (2023). The role of well-child visits in detecting developmental delay in preschool children. *BMC Pediatrics*, 23(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04005-1>
- Mualem, R., Morales-Quezada, L., Farraj, R. H., Shance, S., Bernshtein, D. H., Cohen, S., Mualem, L., Salem, N., Yehuda, R. R., Zbedat, Y., Waksman, I., & Biswas, S. (2024). Econeurobiology and brain development in children: Key factors affecting development, behavioral outcomes, and school interventions. *Frontiers in Public Health*, 12, 1376075. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1376075>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- National Association of Pediatric Nurse Practitioners. (2017). Standards for pediatric primary care. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(5), 494–502.

- National Library of Medicine. (2026). *Medical Subject Headings (MeSH)*. U.S. National Library of Medicine.
- Nelson, H. J., Munns, A., & Burns, S. K. (2025). Facilitators and barriers of accessing community health services for children in the early years: An Australian qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Nogueira, A. F. C., Gonçalves, J. F. D., & Costa, M. A. (2021). Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico: Revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(3), 401–421. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 122/2011 — Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 112.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. 3). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 133.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 144.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26.
- Pereira, T. S., da Silva, C. A., Quirino, E. C. S., Xavier Júnior, G. F., Takeshita, E. M., Oliveira, L. B., et al. (2023). Parental beliefs in and attitudes toward teething signs and symptoms: A systematic review. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 33(6), 577–584. <https://doi.org/10.1111/ipd.13071>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

- Peterson-Katz, K., Piccone, C., Tuzi, N., Kulkarni, C., & Reynolds, J. N. (2023). Barriers and facilitators to implementation of developmental screening and early intervention in Canadian organizations following completion of a training and coaching model: A thematic analysis. *Frontiers in Health Services*, 3, 1160217. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1160217>
- Portaria n.º 293/2013, de 26 de setembro. Regulamenta o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário da República*, 1.ª série.
- Portugal, Regulamento n.º 366/2018. (2018, 14 de junho). Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. *Diário da República*, 2.ª série(113), 16656–16663.
- Radecki, L., Sand-Loud, N., O'Connor, K. G., Sharp, S., & Olson, L. M. (2015). Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood. *Pediatrics*, 135(2), 201–208.
- Radomski, A. D., Polihronis, C., Cloutier, P., Beaudin, K., & Cappelli, M. (2025). Brief multidimensional screening tools for young children's mental health and development for administration by primary care providers: A scoping review. *BMC Primary Care*, 26, 199. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02869-z>
- Ribeiro, D. R., Mesquita, N. A., Nascimento, M. C. F. do, & Souza, L. M. de C. (2019). Atendimento de enfermagem na área de urgência e emergência pediátrica. *Revista Artigos.com*, 10, 1–11.
- Rutledge, T. R., & Merritt, L. S. (2017). Pediatric nurse practitioners in the emergency department: Implications for education and research. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(6), 729–733. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.04.001>
- Santos, N. I. M., Souza, M. F., Neta, J. M. P., Neto, W. B., Verissimo, A. V. R., & Monteiro, E. M. L. M. (2021). Vivências de enfermeiros na consulta de puericultura: Percepção sobre os sinais de risco/atraso para o desenvolvimento infantil. *Revista Uruguia de Enfermagem*, 16(1), 1–14.
- Sapiets, S. J., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2021). Factors influencing access to early intervention for families of children with developmental disabilities: A narrative review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(3), 695–711. <https://doi.org/10.1111/jar.12852>
- Scherr, C. L., Getachew-Smith, H. J., Sudec, L., Brooks, J. J., & Roberts, M. Y. (2020). Parents' sensemaking processes in the identification of developmental delays and engagement with early intervention services. *Social Science & Medicine*, 255, 112941. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112941>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

- Seniwati, T., et al. (2023). Patient and family-centered care for children: A concept analysis. *Belitung Nursing Journal*, 9(3), 215–223.
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar do Porto*. SNS.
- Sheldrick, R. C., Carter, A. S., Eisenhower, A., Mackie, T. I., Cole, M. B., Hoch, N., Brunt, S., & Pedraza, F. M. (2022). Effectiveness of screening in early intervention settings to improve diagnosis of autism and reduce health disparities. *JAMA Pediatrics*, 176(3), 262–269. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5380>
- Shin, Y., Park, E. J., & Lee, A. (2025). Early intervention for children with developmental disabilities and their families via telehealth: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e66442. <https://doi.org/10.2196/66442>
- Sillero Sillero, A., Ayuso Margañon, R., Marques-Sule, E., & Gil Poisa, M. (2024). Child-centered care: A qualitative study exploring pediatric hospitalization through children's perspectives. *Nursing Reports*, 14(4), 3138–3149. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040228>
- Silva, M. J., & Fernandes, A. (2021). Cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro: Desafios e competências no contexto neonatal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Infantil*, 23(1), 45–52.
- Silva, R., & Lopes, M. (2018). A enfermagem em contexto de urgência: Desafios e competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 45–53.
- Smith, D. K., Sadler, K. P., & Benedum, M. (2019). Febrile seizures: Risks, evaluation, and prognosis. *American Family Physician*, 99(7), 445–450.
- Solgi, M., Calub, C., Feryn, A., Hoang, A., Fombonne, E., Matushak, C., Bush, A., & Zuckerman, K. E. (2025). Predictors of early intervention referral after a positive developmental screen in community primary care clinics. *Academic Pediatrics*, 25(3), 102591. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2024.10.003>
- Solgi, M., Reeder, J. A., Alderman, S. L., & Zuckerman, K. E. (2023). An intervention to increase detection of developmental delays in Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children. *Academic Pediatrics*, 23(3), 646–650. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.01.003>
- Sousa e Cunha, M., Trindade, D., & Carneiro, A. R. (2025). Care of preterm newborn's sleep in the neonatal intensive care unit. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(26), e34689. <https://doi.org/10.29352/mill0226.34689>
- Steinman, K. J., Stone, W. L., Ibañez, L. V., & Attar, S. M. (2022). Reducing barriers to autism screening in community primary care: A pragmatic trial using web-based

screening. *Academic Pediatrics*, 22(2), 263–270.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.04.017>

Steinman, K. J., Stone, W. L., Ibañez, L. V., Morin, K. L., Herzberg, J., & Coonrod, E. E. (2022). Reducing barriers to autism screening in community primary care: A pragmatic trial using web-based screening. *Academic Pediatrics*, 22(2), 263–270.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.04.017>

The Royal Children's Hospital Melbourne. (2023). *Nursing documentation principles*.

Thürlimann, E., Verweij, L., & Naef, R. (2022). *The implementation of evidence-informed family nursing practices: A scoping review of strategies, contextual determinants, and outcomes*. *Journal of Family Nursing*, 28(3), 258–276.
<https://doi.org/10.1177/10748407221099655>

Togo, A., Lincetto, O., et al. (2025). Person- and family-centred care in neonatology: A scoping review to identify existing definitions, models of care, and related categories of interventions. *Journal of Global Health*, 15, 04263.
<https://doi.org/10.7189/jogh.15.04263>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö., & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Velasco Arias, J. M., Peres, A. M., Escandell Rico, F. M., Solano-Ruiz, M. C., Gil-Guillen, V. F., & Noreña-Peña, A. (2025). Developmental-centered care in preterm newborns: Scoping review. *Children*, 12(6), 783. <https://doi.org/10.3390/children12060783>

Waldow, V. R. (2015). *Cuidado humano: O resgate necessário para a prática de enfermagem* (2.^a ed.). Porto Alegre: Vozes.

World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Mother's milk for low-birth-weight infants*. World Health Organization.

Zubler, J. M., Wiggins, L. D., Macias, M. M., Whitaker, T. M., Shaw, J. S., Squires, J. K., Pajek, J. A., Wolf, R. B., Slaughter, K. S., Broughton, A. S., Gerndt, K. L., Mlodoach, B. J., & Lipkin, P. H. (2022). Evidence-informed milestones for developmental surveillance tools. *Pediatrics*, 149(3), e2021052138. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052138>

Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Newschaffer, C., Robins, D., Wagner, S., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R. L., McPartland, J. C., Natowicz, M. R., ... Wetherby, A. (2015). Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136(Suppl. 1), S60–S81. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E>

Apêndices

Apêndice I – Folheto informativo com o tema “O meu filho tem diabetes. E agora?”



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

O meu filho tem diabetes. E agora?

A Diabetes Mellitus é uma doença que resulta da deficiente produção de insulina pela destruição das células Beta do pâncreas.

A insulina é uma hormona, produzida pelo pâncreas, que ajuda na diminuição dos níveis de açúcar no sangue.

Sinais e sintomas frequentes:

- Urinar frequentemente;
- Sede intensa;
- Aumento do apetite;
- Perda de peso inexplicada apesar do apetite aumentado;
- Fadiga;
- Irritabilidade;
- Diminuição do rendimento escolar.

Tipos de diabetes:

Diabetes Tipo 1

É o tipo mais comum em crianças e jovens.

O corpo deixa de produzir insulina porque o sistema imunitário “ataca” as células do pâncreas que a produzem.

Surge de forma rápida e com sintomas claros (muita sede, urinar muito e com muita frequência, perda de peso, cansaço).

O tratamento obriga sempre ao uso de insulina para substituir a que o corpo já não consegue produzir.

Diabetes Tipo 2

É mais comum em adultos, mas também pode surgir em adolescentes.

O corpo ainda produz insulina, mas ela não funciona bem (resistência à insulina).

Está muitas vezes associada a excesso de peso, pouca atividade física e alimentação desequilibrada.

O tratamento começa geralmente com mudanças no estilo de vida (alimentação saudável e exercício físico) e, em alguns casos, medicação oral ou insulina.

Avaliação de Glicemia Capilar

O que é a Glicemia Capilar?

A glicemia capilar consiste na medição da quantidade de glicose (nível de açúcar) presente no sangue num determinado momento, através da picada de um dedo.

Fundamental no controlo da diabetes.

Avalia a glicose no sangue num preciso momento.

Deve ser realizada sempre antes de cada refeição ou em SOS.

Técnica

1. Reunir o material necessário (glicómetro, tira e lanceta ou picador);



2. Lavar as mãos e secar bem;
3. Introduzir a tira-teste no glicómetro;
4. Utilizar o dispositivo de punção e lancetas para picar o dedo e obter uma gota de sangue;
5. Picar sempre as laterais de cada dedo e não picar sempre o mesmo dedo;
6. Deixar que a gota de sangue seja absorvida pela tira –teste;
7. O resulta do aparece no visor do glicómetro



Valores de Glicemia Capilar em jejum

Normal: 70–99 mg/dL (3,9–5,5 mmol/L)

Preocupante e que merece atenção: 100–125 mg/dL (5,6–6,9 mmol/L)

Diabetes: ≥ 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/L) em jejum, confirmado em pelo menos duas ocasiões

Valores de Glicemia Capilar a qualquer hora do dia

Normal: geralmente $< 140 \text{ mg/dL}$ ($< 7,8 \text{ mmol/L}$)

Suspeita de diabetes: $\geq 200 \text{ mg/dL}$ ($\geq 11,1 \text{ mmol/L}$) com sintomas clássicos (sede, urinar frequentemente, perda de peso)

Tratamento - Administração de Insulina

A insulina é o tratamento essencial da diabetes tipo 1 e, em alguns casos, da diabetes tipo 2.

Serve para substituir a insulina que o corpo da criança já não produz.

Observar sinais de hipoglicemia (fraqueza, tremores, suor, confusão).

Tipos de Insulina

Rápida/ultrarrápida – atua em 10–30 minutos, usada geralmente antes das refeições.

Intermédia – atua mais lentamente, mantém o efeito por várias horas.

Lenta – fornece uma base constante de insulina durante o dia/noite.

Pré-mistura – combina insulina rápida e lenta numa só aplicação.

Métodos de Administração

Caneta de insulina – prática e precisa, muito usada em crianças;

Seringa – usada quando não há caneta ou necessidade de doses muito pequenas;

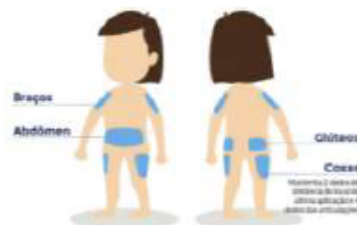
Bomba de insulina – fornece insulina contínua, usada em alguns casos mais complexos.

Locais de administração de insulina

Abdômen – absorção mais rápida, ideal para insulina rápida;

Braço, coxa ou nádegas – absorção mais lenta, boa para insulina lenta.

É importante ir alternando o local de administração para evitar o endurecimento da pele ou hematomas.





Modo de conservar e transportar

Insulina não utilizada:

Conservar no frigorífico entre 2 - 8°C ou até que a validade expire.

Insulina em utilização:

Manter à temperatura ambiente (inferior a 25°C).

Conservar longe da exposição solar direta e de fontes de calor.

Transporte:

Para transportar a insulina, poderá utilizar uma bolsa térmica.

Contagem de Hidratos de Carbono (HC)

A insulina rápida/ultrarrápida deve ser ajustada com base na quantidade de hidratos de carbono que a criança vai ingerir em cada refeição ao longo do dia.

Devem ser contabilizados os hidratos de carbono (HC) de cada refeição (pão, arroz, massa, fruta, leite, legumes ricos em amido, etc). Posteriormente deve ser usada a relação insulina/HC (fornecida pelo médico) que indica quantas unidades de insulina rápida devem ser administradas por cada quantidade de HC ingerida pela criança.

Apêndice II – Folheto “Dormir também é crescer”

Como promover um sono seguro e saudável?

- ✓ Posição para dormir: sempre de barriga para cima.
- ✓ Superfície: colchão firme, sem almofadas ou brinquedos soltos.
- ✓ Local: o bebé deve dormir no mesmo quarto dos pais, mas em berço próprio, até cerca dos 6 meses.
- ✓ Ambiente: quarto calmo, temperatura agradável (18–22°C), luz suave e ruído controlado.
- ✓ Roupa: confortável e leve, sem cobrir a cabeça.
- ✓ Rotina: realizar atividades calmas antes do sono (banho, amamentação, música suave).
- ✓ Evitar: fumo, álcool, ecrãs, colchões moles e sobreaquecimento.

O seu carinho e atenção fazem parte do sono do seu bebé. Enquanto ele dorme, o amor cresce... e o seu bebé também!

Serviço de Neonatologia – Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Telefone Geral: +351 924 41 2 717

E-mail Geral: geral@ulsge.min-saude.pt

Website oficial: www.ulsge.min-saude.pt

Localização: Rua Conceição Fernandes, 4434-502 Vila Nova de Gaia

Referências Bibliográficas



Autores:

Andreia Correia, Carina Ribeiro e Tânia Borges (Alunas do MESIP da EESSV), sob orientação das tutoras Rosário Silva, Sara Rocha e Sandra Ribeiro (EESIP).

Dormir também é crescer

A importância do sono do recém-nascido na Unidade de Neonatologia



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GAIA E ESPINHO
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA



Quiz

Antes de ler descubra o que já sabe sobre o sono do seu bebê?



zzZ O que é a higiene do sono ?

Conjunto de cuidados e rotinas que ajudam o bebê a dormir com segurança e qualidade.

Com pequenas atitudes diárias, é possível criar um ambiente tranquilo, previsível e seguro, favorecendo o descanso do bebê e da família.

Qual é a importância do sono ?

O sono é essencial para o crescimento físico, o desenvolvimento cerebral, o fortalecimento do sistema imunitário e o bem-estar emocional.

Boas práticas de sono reduzem o risco da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL).

Estabelecer uma rotina calma e consistente ajuda o bebê a desenvolver padrões regulares de sono nos meses seguintes.



Fases do sono do bebê (0-3 meses)

Nos primeiros meses, o sono do bebê é muito diferente do de um adulto.

O recém-nascido dorme várias vezes ao longo do dia e de noite, em ciclos curtos (de cerca de 40 a 60 minutos), alternando entre duas fases principais de sono:

Sono ativo (leve/ REM)

Caracteriza-se por movimentos oculares sob as pálpebras fechadas, respiração irregular e pequenos movimentos do corpo.

O bebê pode fazer sons suaves ou mudar de posição. É uma fase importante para o desenvolvimento do cérebro e para a organização da memória, representando cerca de metade do tempo total de sono nesta idade.

Sono tranquilo (profundo/ não-REM)

É a fase em que o bebê descansa de forma mais reparadora, com respiração regular, corpo relaxado e pouca movimentação.

O crescimento e a regeneração celular ocorrem principalmente nesta fase do sono.

Fase de transição

Durante esta fase, o bebê passa do estado de alerta para o sono. É comum observar pequenos movimentos ou alterações rápidas de expressão facial.

Este é um momento delicado, em que movimentos bruscos ou ruídos podem acordar facilmente o bebê.

É o momento ideal para reduzir estímulos e favorecer um ambiente tranquilo!



Padrão do sono

O recém-nascido dorme entre 14 e 18 horas por dia, acordando frequentemente para mamar.

Ainda não distingue o dia da noite, por isso, rotinas consistentes e um ambiente adequado (luz suave, ruído controlado e temperatura agradável) ajudam a regular o seu relógio biológico.

A partir dos 3 aos 6 meses, o sono tende a tornar-se mais previsível e estruturado.



O sono do seu bebê é tão importante quanto a alimentação. O descanso é crescimento!