



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Relação entre padrão alimentar e tempo de ecrã em crianças pré-escolares: uma *scoping review*

Vitória Manuela Ferreira Cardoso

julho de 2025



Relação entre padrão alimentar e tempo de ecrã em crianças pré-escolares: uma *scoping review*

Vitória Manuela Ferreira Cardoso

Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho realizado sob a orientação do

Professor Luís Miguel Condeço

julho de 2025

“Grande é a poesia, a bondade e as danças. Mas o melhor que há no mundo são as
crianças”.

(in "Liberdade")

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Este trabalho marca o culminar de mais uma etapa da minha vida, percorrida com o apoio incondicional daqueles que me acompanham. Sinto que não há causa mais nobre do que esta: a concretização de um sonho e a abertura para novos horizontes na vida. Por isso, gostaria de expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que este objetivo fosse alcançado.

Expresso o meu profundo agradecimento ao Professor Luís Miguel Condeço, um orientador excecional, que soube equilibrar flexibilidade e exigência de forma única. A sua humanidade e sensibilidade foram fundamentais ao longo deste processo. Agradeço-lhe pela constante disponibilidade e pelo apoio inestimável que me proporcionou, ajudando-me a traçar o meu caminho.

Ao meu filho, a minha maior fonte de inspiração e força, agradeço-lhe pelo sorriso, carinho e alegria que me transmitiu, dando-me o alento necessário para continuar a minha jornada.

Ao meu marido, pela sua presença firme e constante na minha vida, que, apesar das adversidades que encontrei pelo caminho, nunca deixou de acreditar na minha capacidade de concretizar o meu sonho e de sonhar ao meu lado... Porque, quando sonhamos juntos, “o mundo pula e avança”.

À Isabel Lourenço, agradeço a toda a partilha, apoio, companheirismo. A sua colaboração, a disponibilidade e as palavras de motivação foram essenciais para a construção deste percurso.

À Dra. Fátima Jorge, do Centro de Documentação e Informação da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, que reviu a estratégia de pesquisa para a efetivação da presente *Scoping Review*.

Obrigada!

Resumo

Enquadramento: Durante o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, várias áreas de conhecimento mostraram-se essenciais para a prestação de cuidados ao binómio criança-família. A investigação dessas temáticas é crucial para o progresso da disciplina de Enfermagem e para a constante evolução da prática clínica.

Objetivos: Relatar o trajeto formativo nos diferentes contextos de estágio e refletir criticamente sobre as atividades realizadas, com vista à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; mapear a evidência científica disponível sobre a relação entre o tempo de ecrã em crianças pré-escolares e o padrão alimentar.

Metodologia: Recorreu-se a uma metodologia descritiva e reflexiva do percurso formativo nos diferentes contextos de estágio. E foi desenvolvida uma *Scoping Review*, seguindo as orientações estabelecidas pelo *Joanna Briggs Institute*. A seleção dos artigos foi orientada pelo modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*. Foram incluídos 27 artigos científicos.

Resultados: As evidências sintetizadas foram agrupadas em cinco categorias principais: influência do tempo de ecrã no padrão alimentar das crianças; relação entre tempo de ecrã e risco de obesidade infantil; impacto de intervenções parentais e comunitárias; comportamentos alimentares seletivos e fatores familiares; e associação entre tempo de ecrã e tipo de alimentos e bebidas consumidos.

Conclusão: As evidências demonstram uma associação clara entre o tempo de exposição ao ecrã em crianças pré-escolares e os padrões alimentares menos saudáveis, refletindo-se num maior consumo de alimentos ultraprocessados e risco acrescido de obesidade, o que reforça a importância de intervenções precoces e multidimensionais que envolvam a família, a escola e a comunidade, promovendo hábitos alimentares saudáveis desde a primeira infância.

Palavras-chave: Criança; Hábitos alimentares; Tempo de ecrã; Enfermeiros pediátricos; Revisão scoping.

Abstract

Background: During the development of the core and specific competencies of the Pediatric and Child Health Nursing Specialist, several areas of knowledge proved essential for delivering care centered on the child and family dyad. Research on these topics is crucial for the advancement of the nursing discipline and the continuous improvement of clinical practice.

Objectives: To report the educational pathway across various clinical placement settings and critically reflect on the activities undertaken, aiming at the acquisition of the core and specific competencies of the Pediatric and Child Health Nursing Specialist; and to map the available scientific evidence regarding the relationship between screen time in preschool-aged children and dietary patterns.

Methodology: This report adopts a descriptive and reflective approach to the formative journey in different clinical placement contexts. Simultaneously, a scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute guidelines. The selection of articles adhered to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews. A total of 27 scientific articles were included.

Results: The synthesized evidence was grouped into five main categories: influence of screen time on children's dietary patterns; relationship between screen time and risk of childhood obesity; impact of parental and community interventions; selective eating behaviors and family-related factors; and association between screen time and the types of foods and beverages consumed.

Conclusion: The evidence shows a clear association between screen time in preschool children and less healthy eating patterns, reflected in higher consumption of ultra-processed foods and an increased risk of obesity. This underscores the importance of early and multidimensional interventions involving the family, school, and community to promote healthy eating habits from early childhood.

Keywords: Child; Diet habits; Screen time; Nurses, pediatric; Scoping Review

Sumário

	Pág.
Lista de quadros	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	21
Parte I – Percurso Formativo em Estágio	23
1 – Estágio de Pediatria.....	25
1.1 – Análise Crítica e Reflexiva	27
2 – Estágio de Urgência Pediátrica	35
2.1 – Análise Crítica e Reflexiva	39
3 – Estágio de Neonatologia	47
3.1 – Análise Crítica e Reflexiva	49
Parte II – Trabalho de Investigação	65
4 – Enquadramento Teórico e Justificação.....	67
5 – Metodologia	73
5.1 – Tipo de estudo	73
5.2 – Questão de revisão.....	73
5.3 – Objetivos.....	74
5.4 – Critérios de elegibilidade	74
5.5 – Tipos de fontes de evidência.....	75
5.6 – Estratégia de pesquisa.....	75
5.7 – Seleção de Estudos	77
5.8 – Extração de dados	80
6 – Resultados.....	81
7 – Interpretação dos resultados.....	89
8 – Conclusão.....	95
Referências bibliográficas	99

Apêndices

Apêndice I – Póster desenvolvido durante o Estágio do internamento de pediatria..... 115

Lista de quadros

		Pág.
Quadro 1	Domínio de competência, os objetivos gerais e os objetivos específicos e atividades de aprendizagem, no âmbito do EEESIP	26
Quadro 2	Domínio de competência, os objetivos gerais e os objetivos específicos e atividades de aprendizagem, no âmbito do EEESIP	37
Quadro 3	Domínio de competência, os objetivos gerais e os objetivos específicos e atividades de aprendizagem, no âmbito do EEESIP	48
Quadro 4	Principais recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a dualização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica	69
Quadro 5	Matriz PCC	74
Quadro 6	Critérios de elegibilidade	75
Quadro 7	Estratégia de pesquisa por base de dados	76
Quadro 8	Número de estudos por país	82
Quadro 9	Síntese das evidências dos estudos incluídos na ScR	83
Quadro 10	Síntese das evidências demonstradas nos estudos	90

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Sete medidas centrais neuroprotetoras	53
Figura 2	Algoritmo utilizado no rastreio neonatal do Hipotireoidismo Congénito	63
Figura 3	Diagrama PRISMA-ScR	79

Lista de abreviatura, siglas e acrónimos

APSI	Associação para a Promoção da Segurança Infantil
CMESIP	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
DGS	Direção-Geral da Saúde
EDIN	<i>Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né</i>
EE	Enfermeiro Especialista
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP	Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
Ghaf	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NCPAP	<i>Nasal continuous positive airway pressure</i>
NIDCAP	<i>Newborn Individualized Care and Assessment Program</i>
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OSF	<i>Open Science Framework</i>
p.	Página
pp.	Páginas
PNRN	Programa Nacional de Rastreio Neonatal
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
RANU	Rastreio auditivo neonatal universal
RNUCCC	Rastreio neonatal universal das cardiopatias congénitas por oximetria do pulso
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNs	Recém-nascidos
RVO	Reflexo ao olho vermelho
ScR	<i>Scoping Review</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SO	Serviço de Observação
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
TAP	Triângulo de Avaliação Pediátrica
UCIN	Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
ULS	Unidade Local de Saúde
VSR	Vírus sincicial respiratório

Introdução

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é uma especialidade fundamental no campo da Enfermagem, com foco no cuidado de crianças, desde o nascimento até à adolescência, tendo como parceiro de cuidados a família. A sua importância reflete-se na necessidade de profissionais altamente qualificados que saibam abordar as particularidades do desenvolvimento físico, emocional e psicológico da criança e jovem, promovendo a sua saúde e bem-estar holístico. Esta área exige competências específicas, não só no conhecimento técnico e científico, mas também no domínio das competências relacionais e pedagógicas, fundamentais para lidar com a criança/jovem e a sua família de forma eficaz e humanizada.

A prática da Enfermagem, nesta área, envolve um conjunto de intervenções de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de patologias e acompanhamento das condições clínicas da criança. Por conseguinte, a formação de enfermeiros especializados nesta área é crucial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados, contribuindo também para a realização de investigação que possa melhorar as práticas e a gestão da saúde infantil.

Neste sentido, o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMESIP), ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), está estruturado com o intuito de consolidar e desenvolver um nível especializado de várias competências nos estudantes, sendo estas: pessoais e ético-deontológicas, relacionais, metodológicas, técnico-científicas e educativo pedagógicas. Esta é uma condição *sine qua non* para a viabilidade da formação em contexto da prestação de cuidados, a investigação em Enfermagem, a gestão e o progresso da qualidade nos cuidados de saúde.

É mandatário do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE] 2017, p.7):

“Que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.”

A OE, no seu Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, preconiza que o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê, para além das competências declaradas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que o enfermeiro partilhe competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde...” (Artigo 9.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p.4744), nomeadamente: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p.4745).

As Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo com a OE, através do Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho de 2018, são: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

O EEESIP, como preconiza a OE, no seu Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho (p.19192), “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. No contexto de Saúde Infantil e Pediátrica, a díade criança/jovem e família configura-se como uma lógica de cuidar, atendendo quer à singularidade da mesma, quer às múltiplas dimensões do cuidar humano.

Neste trabalho, na primeira parte, será feito um balanço dos objetivos inicialmente estabelecidos, descrevendo as atividades realizadas e refletir sobre as aprendizagens ocorridas. Será igualmente abordada a forma como os objetivos para cada estágio foram alcançados, analisando as aprendizagens adquiridas quer do ponto de vista pessoal, quer profissional. Numa perspetiva crítica, surge a necessidade de desenvolver um relatório que permita avaliar as experiências e os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios. Este relatório emerge, assim, como parte integrante da avaliação do desempenho demonstrado nas diversas áreas de estágio. Na segunda parte deste relatório, é detalhado o processo de investigação, com a realização de um trabalho intitulado “Relação entre padrão alimentar e tempo de ecrã em crianças pré-escolares: uma *scoping review*”. Esta fase foi de particular importância para o aprofundamento de conhecimentos e para o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

1 – Estágio de Pediatria

O primeiro estágio realizado foi o de Pediatria, que decorreu entre 11 de junho a 19 de julho de 2024 (seis semanas), no Internamento de Pediatria de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Centro de Portugal, com carga horária planeada de 120 horas de contacto, sob a orientação do Professor Luís Condeço e tutoria de duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

O Serviço de Pediatria é um serviço diferenciado, que procura dar resposta à necessidade de internamento de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 28 dias de vida e os 17 anos e 364 dias. Recebe as mais diversas patologias, com patologia médica, cirúrgica (Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia) e pedopsiquiatria. Está subdividido pelo: Setor I da Primeira Infância (14 camas), que compreende crianças em idade pré-escolar e escolar até cerca dos oito anos; Setor II (16 camas), que compreende crianças com idade superior a oito anos; Hospital de Dia/Ambulatório (13 camas), para crianças de todas as idades.

O Hospital de Dia/Ambulatório oferece apoio a diferentes especialidades, entre as quais imunoalergologia para realização de provas terapêuticas, Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, realização de ressonância magnética em sábados programados e administração de medicação ou realização de análises sempre que se justificar. O Serviço consegue proporcionar vários tipos de isolamento (contacto, gotículas, via aérea), ou quartos para garantir vigilância 24 horas por dia (nos casos da pedopsiquiatria ou outros casos que assim seja necessário).

A proveniência das crianças internadas neste serviço é maioritariamente do Serviço de Urgência, mas também da Consulta Externa/Hospital de Dia, do Bloco Operatório, da unidade de Neonatologia e de outros hospitais, para a continuidade de cuidados.

A equipa multidisciplinar é dotada de médicos, enfermeiros, assistentes técnicas, educadora de infância, professor do ensino básico, secretárias de unidade e outros técnicos que oferecem apoio sempre que seja solicitado nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, entre outros.

Neste estágio, o objetivo *major* foi o desenvolvimento de competências no ato de cuidar da criança/jovem e família, em contexto de Enfermagem de Pediatria. Os objetivos específicos definidos e desenvolvidos encontram-se no quadro 1.

Quadro 1. Domínio de competência, os objetivos e atividades de aprendizagem, no âmbito do EEESIP

Domínio	Objetivos	Atividades de aprendizagem
Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem	<ul style="list-style-type: none"> Estabeleci uma parceria de cuidados, desde o momento do acolhimento, para promoção de uma relação empática, melhor adaptação à gestão do regime terapêutico, bem como ajudar na promoção de uma parentalidade positiva; Promovi a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências da criança/jovem e da sua família, para reforço da parentalidade positiva
	Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none"> Colaborei na gestão do plano de saúde com os pais, através do modelo de parecia de cuidados; Comuniquei de forma empática e assertiva, para incentivar a criança/jovem e família a expressarem as suas dúvidas, receios e sentimentos, de forma a minimizar os efeitos negativos da hospitalização; Esclareci procedimentos à criança/jovem/família, a fim de reduzir a ansiedade e stresse da criança/jovem/família; Procurei oportunidades e apliquei estratégias para trabalhar com a criança/jovem/família, para adotar comportamentos que promovam a maximização da saúde; Refleti sobre os cuidados e competências desenvolvidas no decurso do estágio, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados no meu contexto laboral;
Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.	Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados	<ul style="list-style-type: none"> Mobilizei conhecimentos e habilidades que me permitiram a rápida identificação de focos de instabilidade e para dar resposta pronta antecipatória; Apliquei conhecimentos acerca da saúde e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem/família, no respeito pela sua individualidade.
	Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	<ul style="list-style-type: none"> Garanti a gestão de medidas farmacológicas para controlo, gestão e alívio da dor, tornando a experiência da criança/jovem/família o menos traumática possível; Identifiquei sinais de dor e aplicação da escala adequada a cada situação para a avaliação da mesma; Desenvolvi competências relativamente à gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas e demonstração de conhecimentos sobre as mesmas; Conhecimento e aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor e de mau estar; Desenvolvi conhecimentos, através da evidência científica, e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
	Providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	<ul style="list-style-type: none"> Procurei experiências e demonstrei conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem, com suporte na evidência científica de forma a fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar; Refleti criticamente com a enfermeira tutora/orientadora sobre a melhor forma de potenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde.
	Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade.	<ul style="list-style-type: none"> Colaborei no diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; Capacitei a criança em idade escolar, o jovem e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação; Promovi a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias para obtenção de uma adaptação adequada.
Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrei conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, avaliando o seu conhecimento; Transmiti orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; Reforcei o desenvolvimento da parentalidade; Estabeleci uma relação de parecia com os pais/família;
	Comunicar com a criança/jovem/família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	<ul style="list-style-type: none"> Recorri e demonstrei conhecimentos aprofundados acerca de técnicas de comunicação na relação terapêutica com a criança/jovem/família, de forma empática e assertiva; Desenvolvi a capacidade de comunicação com a família, tendo em conta o seu nível de desenvolvimento e o contexto cultural e social, demonstrando disponibilidade e empatia, para prestação de cuidados congruente;

		<ul style="list-style-type: none"> • Estabeleci uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia, sem fazer juízos de valor; • Desenvolvi e demonstrei habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento de cada criança/jovem; • Reconheci e respeitei os direitos da família, promovendo os cuidados centrados na mesma, em parceria.
	Promover a autoestima do jovem e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Promovi e facilitei a expressão de emoções, dúvidas e receios por parte do jovem/família, para uma melhor adaptação à realidade vivenciada; • Reforcei a imagem corporal positiva, sempre que houve necessidade; • Identifiquei os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis, por parte dos jovens; • Refleti e reforcei a tomada de decisão responsável. • Negocieei o contrato de saúde com o jovem.
Atividades pessoais	Desenvolver e refletir sobre a prática profissional do EEESIP, como membro da equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrei interesse e iniciativa nas atividades desenvolvidas, questionando sempre que surgiam dúvidas; • Reconheci o EEESIP como foco de atenção, integrado numa equipa pluridisciplinar; • Identifiquei o papel do EEESIP no contexto de Serviço de Pediatria; • Adotei um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa multidisciplinar; • Percebi junto das enfermeiras tutoras e dos restantes profissionais as necessidades de formação no Serviço; • Elaborei um póster <i>Utilização Adequada de Ecrãs</i> (Apêndice 1);
	Refletir sobre as competências adquiridas e/ou potencializadas durante o estágio.	<ul style="list-style-type: none"> • Refleti sobre os cuidados e competências desenvolvidas ao longo do estágio, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados no meu contexto laboral; • Refleti criticamente com as enfermeiras tutoras sobre o meu desenvolvimento de competências; • Elaborei uma reflexão crítica no final do estágio.
	Colaborar na supervisão clínica de estudantes de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Orientei e supervisionei a prática clínica de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem; • Participei no acompanhamento/orientação de estudantes do curso de enfermagem; • Promovi o desenvolvimento de competências fundamentais ao exercício de enfermagem em contexto de saúde infantil e pediátrica.

1.1 – Análise Crítica e Reflexiva

O conhecimento e a partilha dos mesmos por parte das enfermeiras tutoras foram essenciais na aprendizagem, uma vez que transmitiram a segurança que tanto ansiada. No início o sentimento era constrangedor. Após alguns anos a trabalhar como enfermeira voltar ao papel de estudante não é fácil, havendo dificuldade em perceber se era permitido enquanto aluna determinado procedimento. O diálogo revelou-se de extrema importância. Ao mesmo tempo iam progressivamente permitindo a autonomia no desempenho, com reflexão conjunta sobre os porquês dos cuidados, o que estava bem e o que se poderia melhorar, o que contribuiu de forma muito positiva para a aprendizagem. O diálogo e a cooperação indispensáveis ao desenvolvimento das competências tanto ansiadas. É necessário registar o gáudio por ter privado com as tutoras atribuídas, que possibilitaram muita aprendizagem e reflexão contínua. Neste percurso formativo, a restante equipa também ajudou muito na integração e na realização das atividades propostas para este estágio e para o desenvolvimento das competências.

Foi sempre estabelecido, ao longo de todo o estágio, uma boa relação com todos, não só com a equipa multidisciplinar, mas também com as crianças e jovens e respetivas famílias ou pessoa de referência, promovendo um ambiente seguro e terapêutico, desde o acolhimento até à alta. A linguagem e a informação foram adequadas a cada caso, promovendo as medidas de segurança de forma a minimizar erros. Foi permitido conhecer o circuito das crianças/jovens e acompanhantes e como é realizada a articulação com outros serviços de saúde.

No Internamento de Pediatria, o registo clínico ainda é efetuado predominantemente em suporte papel. Esta realidade, apesar de operacional, revelou-se inicialmente um desafio, uma vez que contrasta com a crescente digitalização dos processos clínicos noutros contextos de estágio. Na prática profissional, a utilização do sistema SClínico® foi uma constante, para a realização dos registos de enfermagem, considerando esta diferença um obstáculo à fluidez da comunicação, à organização da informação e à articulação imediata com outros serviços de saúde. Esta limitação constitui um retrocesso em termos de autonomia e integração na prática clínica.

Por uma questão de eficiência na gestão da informação e otimização dos recursos do serviço, seria benéfico que o Internamento de Pediatria integrasse o SClínico® como sistema de registo, uniformizar o processo clínico e promover a continuidade e segurança dos cuidados. Todavia, após ultrapassar este constrangimento com dedicação e adaptação ao contexto, foi reconhecida a importância do ajust às realidades distintas dos serviços de saúde.

Quanto à articulação com os acompanhantes e restantes unidades, esta é realizada principalmente através de comunicação direta entre os profissionais e, quando necessário, por contacto telefónico ou encaminhamento formal. Apesar de funcional, foi identificado que a ausência de plataformas digitais integradas pode condicionar a continuidade dos cuidados, dificultando o seguimento clínico e atrasando procedimentos de referência ou transferência, particularmente em situações que exigem respostas céleres e coordenadas por equipas multidisciplinares.

Para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista (EE), para além da confirmação das competências expressas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, os enfermeiros devem partilhar um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados. Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional ética e legal, foram presentes os princípios éticos, valores e crenças e a aplicação constante do consentimento livre e esclarecido. Foi premente uma escuta ativa, o momento certo de comunicar, possibilitar a colocação de questões, com demonstração de honestidade, respeito e disponibilidade para com a criança/jovem/família,

com centralidade em cada um dos intervenientes, tendo em conta sempre a sua individualidade. Como preconiza a OE (2017), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os cuidados de enfermagem compreendem uma comunicação efetiva, recorrendo a intervenções que abarquem os domínios do envolvimento, o empoderamento, a participação, a negociação e a parceria dos cuidados. Estes cuidados devem articular-se com o máximo de equidade, flexibilidade e diligência, no respeito pelas crenças, valores e apreço pelo contributo dos cuidados dos pais/cuidador principal. Foi promovida a autoestima destes jovens, num ambiente positivo e benéfico aos cuidados em parceria.

A reflexão diária, a discussão de casos com as tutoras também foi uma mais-valia. Aprofundar conhecimentos é o culminar da experiência prática, consubstanciada com as evidências científicas, pois, ao longo do tempo transforma-se no “*saber-fazer*” da experiência clínica. Este “*saber-fazer*” é dinâmico e desenvolve-se inicialmente no enfermeiro ainda em posição de iniciado, expande-se nos enfermeiros competentes e proficientes e atualiza-se no enfermeiro especialista (Benner, 1984). Coletivamente, o “*saber-fazer*” prático e o conhecimento baseado na evidência culminam no “*saber cuidar*” que define a profissão de Enfermagem. Neste sentido, com a conjugação do “*saber fazer*” e “*saber cuidar*” das enfermeiras tutoras, já num patamar de peritas, foi possível obter conhecimento e aprendizagens, plasmadas na aquisição de competências.

A organização e planeamento dos cuidados foram realizados através da identificação dos problemas, planeamento e implementação das intervenções, a monitorização das mesmas e a avaliação dos resultados, com registo na folha de enfermagem, algo não inovador, uma vez que, na prática profissional em Serviço de Observação (SO) na urgência pediátrica, os procedimentos eram análogos. Em qualquer área de atuação do EEESIP, os objetivos de uma prestação de cuidados segura e bem-sucedida incluem a procura da excelência em termos de qualidade e segurança ao mais alto nível, melhorando, simultaneamente, os resultados da criança/jovem/família, espelhados na sua satisfação face aos cuidados recebidos. Para se atingir estes objetivos, a equipa no Serviço de Pediatria implementa um modelo de prestação de cuidados adequado à sua visão e missão e que combina os recursos humanos e materiais disponíveis. Neste contexto e após reflexão sobre o papel determinante do EEESIP, mais concretamente no que se refere à sua colaboração na melhoria contínua da qualidade e participação na gestão dos cuidados de enfermagem, estes são responsáveis por estas tarefas, incluindo a seleção de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem e a criação de condições para a sua implementação, dada a sua influência na prática profissional e nos processos de tomada de decisão, no caso, sempre em parceria com a família.

No âmbito das patologias, foram prestados cuidados a jovens com perturbações do comportamento alimentar, diabetes *mellitus* tipo 1, bronquiolites, amigdalites, gripe B/miosite, doença de Kawasaki, bacteriemia oculta, cirurgia de otorrinolaringologia, ortopedia, cirurgia pediátrica, entre outras. Face a estas situações, foram mobilizados conhecimentos e habilidades que permitiram a rápida identificação de focos de instabilidade e para dar resposta pronta antecipatória, tendo aplicado conhecimentos acerca da saúde e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem/família, no respeito pela sua individualidade. Foi também seguido o preconizado pela OE (2017, pp. 4-5), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, onde é salientado que “é indispensável que se capacite e disponibilize o suporte necessário” aos pais “para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial”. Assim, procurei empoderar a criança/jovem e família como forma de lhes potenciar capacidades para a gestão do autocuidado e maximizar a adesão ao regime terapêutico, como forma de terem melhor qualidade de vida. Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados da OE (2017, pp.4-5), o EEESIP deve proceder à:

“promoção das competências da criança/jovem, emergindo a este nível como axiomas empíricos, a maximização e potenciação da saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação; a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção”.

A promoção da continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem é de grande importância, visando “o apoio na inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais” (OE, 2017, p.9).

Como referido anteriormente, foram identificados sinais de dor e aplicada a escala adequada a cada situação para a avaliação da mesma, o que requereu o desenvolvimento de competências relativamente à gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas e demonstração de conhecimentos sobre as mesmas. Assim sendo, ao longo do estágio houve atuação na avaliação e gestão da dor, assim como o registo adequado, reavaliando os resultados de acordo com os protocolos do serviço e as escalas de avaliação da dor. No que diz respeito às medidas não farmacológicas, foi utilizado o reforço positivo, a técnica da distração, o brincar, o toque e foi permitida a presença dos pais durante procedimentos dolorosos, estes não são realizados na enfermaria da criança/jovem, são realizados numa sala de tratamentos específica e, no caso das punções venosas, é sempre aplicado EMLA. A

dor na criança e em jovens é frequentemente multifatorial e pode ser especialmente difícil de avaliar em crianças pré-verbais. A percepção da dor em pediatria também implica fatores fisiológicos, comportamentais, psicológicos e de desenvolvimento. Muitas vezes, as crianças não apresentam os sinais e sintomas típicos de dor, ou podem estar a reagir a emoções familiares ou a sinais comportamentais (Horezco, 2019). Assim, é necessária uma abordagem holística à avaliação e gestão de uma criança com dor para que esta possa ser reconhecida e tratada com sucesso. Esta abordagem inclui ter em consideração a idade e a fase de desenvolvimento da criança, a forma como esta interage e a reage com o seu ambiente, quaisquer circunstâncias particulares e a avaliação da dinâmica da família/cuidador principal (Gai et al., 2020). Por conseguinte, foi observado e constatado que o tratamento/gestão eficaz da dor no Serviço de Pediatria, onde decorreu o estágio, é idealmente praticado num modelo multidisciplinar centrado nos cuidados à criança/jovem, de modo a minimizar o sofrimento e a prestar cuidados de enfermagem atraumáticos. Como referem Correia et al. (2020, p.186), “a adequada gestão da dor na criança constitui um indicador de qualidade dos cuidados de saúde”. Com base nas evidências do seu estudo, recomendam:

“[uma] abordagem multidisciplinar da dor efetuando-se a sua avaliação sistemática; intervir até que a criança não apresente dor, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas; uso de lidocaína tópica em procedimentos invasivos; ajustar o algoritmo das escalas de avaliação da dor; considerar outros fatores, como idioma, etnia e fatores culturais que possam influenciar a expressão e avaliação da dor; fornecer aos pais/cuidador informações escritas sobre aconselhamento e avaliação da dor na alta da criança; obter o autorrelato das crianças sempre que possível; a formação contínua e sistemática dos enfermeiros tem impacto na valorização da dor e administração de analgésicos”.

A gestão da dor não pode ser subtratada em Pediatria, uma vez que foi identificado que a dor, em muitos casos, não é avaliada de forma adequada ou regular. A avaliação adequada, frequente e claramente documentada da dor é vital para um controlo satisfatório da mesma. O autorrelato é preferível sempre que possível, porque a dor é uma experiência subjetiva. Quando o autorrelato pode não ser fiável em crianças pequenas ou não comunicativas, abordagens de avaliação adicionais, como medidas baseadas no comportamento, podem ajudar ou servir como alternativa ao autorrelato. A revisão dos parâmetros fisiológicos e os relatos da família podem completar a avaliação da dor (Parreira, 2005). Neste âmbito, foi possível confirmar, ao longo do estágio, que os cuidados são prestados com base em padrões específicos de comunicação e coordenação entre todos os elementos da equipa, criança/jovem e família, para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e eficientes. Assim, este método de trabalho traduz-se na adoção de princípios

dinâmicos promotores de uma forte interação nas relações interpessoais, tendo em conta o nível de dependência da criança/jovem, bem como a qualidade e segurança dos cuidados, tendo em vista a experiência e o bem-estar holístico de cada criança/jovem e família. Estas premissas também estão patentes no Serviço de Pediatria, onde decorreu o estágio, sendo permitida a presença de um cuidador durante todo o internamento, que pode trocar sempre que necessário. Esta presença de um cuidador junto da criança/jovem é uma mais-valia, pois a família é o suporte de cada criança/jovem, não se sentindo “tão desamparados”, mais colaborativos e reconfortados psicologicamente. Por outro lado, o membro da família pode dar acesso a informações úteis sobre a criança/jovem que apoiam os seus cuidados de saúde. O envolvimento da família nos cuidados é um aspeto deveras positivo nos contextos de cuidados de saúde, traduzindo-se em melhores resultados clínicos e psicológicos da criança/jovem. Em alguns casos, como se tratava de procedimentos invasivos e que despoletavam medo e ansiedade na criança/jovem e pais, foi necessário recorrer a medidas farmacológicas na minimização da dor com a utilização de EMLA, mas também de medidas não farmacológicas, para facilitar a sua colaboração e reduzir tais estados, que são sintomas comuns em crianças/jovens que recebem cuidados hospitalares. A gestão adequada da dor em Pediatria é da maior importância, uma vez que uma dor aguda mal gerida pode levar a dores crónicas ou sintomas de stresse pós-traumático (Andersson et al., 2022). A dor é um fenómeno multidimensional com componentes sensoriais, fisiológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais. De acordo com os mesmos autores, apesar do aumento dos conhecimentos e orientações, as investigações dos últimos 10 anos mostram que a dor moderada a grave ainda é comum em crianças/jovens hospitalizados e que estes têm o direito a um tratamento adequado para o tratamento da dor. Neste sentido, os métodos não farmacológicos, tais como apoio e informação psicológica, distração, relaxamento, massagem e terapia de calor/frio, são utilizados em Pediatria com efeitos terapêuticos desejáveis.

Foi também possível colaborar e realizar o acolhimento da criança/jovem e família ao serviço, estabelecendo uma relação de parceria, adequando a linguagem as etapas de desenvolvimento e cultura e estabelecendo comunicação eficaz. A prestação de cuidados foi realizada sempre em parceria com os pais. Foi disponibilizado apoio aos pais, estabelecendo relação empática com os mesmos. Foram transmitidos cuidados antecipatórios aos pais, com vista ao melhor desempenho dos mesmos e promovendo o exercício da parentalidade. Assim, o modelo de cuidados centrados na família foi norteador, seguindo a filosofia de cuidados de Casey (1993) para a enfermagem pediátrica, em que os cuidados às crianças/jovens são considerados como melhor executados pelas suas famílias, com vários graus de assistência de membros de uma equipa de cuidados de saúde devidamente qualificada, conforme necessário. Este modelo baseia-se em cinco conceitos fundamentais: i) Criança/jovem:

reconhecer a criança/jovem como uma pessoa singular com necessidades, direitos e perspectivas únicas; ii) Família: reconhecer a família como a principal fonte de cuidados e apoio à criança/jovem; iii) Saúde: engloba o bem-estar físico, emocional, social e espiritual; iv) Ambiente: compreender a influência do meio físico e social na saúde; v) enfermeiro: atuar como facilitador, educador e defensor da criança e da família (Casey, 1993).

Houve a oportunidade de prestar ensinamentos adaptados a cada situação clínica, nomeadamente sobre os cuidados a ter no período pós-operatório, garantindo que a informação fosse compreendida e adequada à realidade de cada família. Para além disso, foi possibilitada a elaboração de carta de alta de enfermagem e a entrega de informação relevante sobre o serviço. Com o intuito de promover a continuidade dos cuidados e assegurar uma transição segura do hospital para o domicílio, foram realizados contactos telefónicos no dia seguinte à alta de crianças e jovens submetidos a cirurgia. Nestas chamadas, era averiguado o estado geral da criança/jovem, esclarecidas dúvidas sobre os cuidados pós-operatórios e lembradas as consultas futuras, orientando o reencaminhamento sempre que necessário. Esta prática revelou-se fundamental para reforçar a segurança, a confiança dos cuidadores e a continuidade da intervenção terapêutica. Estes métodos centrados na criança/jovem/família permitem cuidados humanizados e holísticos, tão cruciais em Pediatria. Assim, parte-se da identificação das necessidades de cada criança/jovem/família, da definição de prioridades, do planeamento, implementação e avaliação das intervenções, prestando cuidados individualizados e personalizados à criança/jovem/família como um todo interligado e integrado. Esta prática profissional insere-se numa perspectiva humanista, valorizando a relação e a preocupação com o outro, onde o todo é mais do que a soma das partes.

Tendo em conta a especificidade deste relatório e com a perceção que nada está concluído, mas sim planeado, torna-se adequado fazer algumas considerações finais.

Assim, por tudo o que foi registado e sujeito a reflexão pode-se considerar que o EE, integrado em serviço, deve demarcar-se quer pelos conhecimentos que possui, quer pela maneira adequada que os presta, mas também pela sua conduta ética e profissional. Isto é o que é exigido para consolidar a profissão e os seus princípios, transmitindo confiança nos cuidados prestados, promovendo a parceria de cuidados com vista à autonomia da família, potenciando uma parentalidade responsável.

A realização deste estágio configurou-se como uma oportunidade ímpar para aprofundar conhecimentos e adquirir competências, que permitiram o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e tomadas de decisão, promovendo, desta forma, a prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família. Os enfermeiros, enquanto profissionais com uma visão holística da pessoa, encontram nas respostas humanas o seu

foco. Esta perspectiva implica uma enorme responsabilidade e capacidade de reajuste a cada situação encontrada, que sendo difícil na sua prossecução, torna-se imprescindível e premente. Dado o paradigma atual da profissão, é lançado, como repto, a concretização de um amanhã baseado em padrões de conhecimento de elevado nível científico, sustentadores de uma prática especializada, visando uma intervenção individualizada e diferenciada à criança/jovem/família.

Neste estágio foi possível conquistar uma fusão perfeita entre os conhecimentos teóricos e a prática desempenhada que se plasmou em intervenções consistentes, competentes e baseadas na evidência científica. Este é o caminho exigido em direção a um nível superior de conhecimento na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em contexto de Pediatria, tendo sido adquiridas, melhoradas e desenvolvidas competências específicas nesta área.

2 – Estágio de Urgência Pediátrica

O segundo estágio realizado foi em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) em uma ULS da região centro do país, tendo a orientação do Professor Manuel Cordeiro e tutoria de uma EEESIP. Este estágio decorreu entre 16 de setembro e 25 de outubro de 2024 (seis semanas), com carga horária planeada de 120 horas de contacto.

O SUP é uma unidade funcional que tem como objetivo a prestação de cuidados urgentes de forma continuada a todas as crianças e jovens até aos 18 anos de idade. Faz parte das suas instalações a receção/secretariado, sala de espera, sala de triagem, salas de observação, sala de pequena cirurgia, sala de gessos, sala de aerossol, sala de reanimação, unidade de internamento de curta duração (UICD), sala de reunião e copa. A equipa multidisciplinar no SUP conta com enfermeiros, administrativo, técnicos auxiliares de ação médica e médicos.

Integram a equipa de enfermagem: enfermeiros especialistas e mestres de saúde infantil e pediátrica, enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas. O método de trabalho em vigor é o método individual. A distribuição são quatro enfermeiros de manhã (dois de apoio, um em UICD, um de Triagem), quatro enfermeiros a tarde (dois de apoio, um em UICD, um de Triagem) e três à noite (um de apoio, um em UICD, um de Triagem),

O SUP tem pessoal de Enfermagem, administrativo, assistentes operacionais próprios e as equipas médicas são escaladas rotativamente de entre todos os médicos do SUP: Pediatras e Internos da Especialidade.

Os utentes realizam a inscrição no secretariado e são triados pelo enfermeiro alocado a essa função, para que exista uma avaliação da gravidade do motivo de queixa, este enfermeiro estabelece uma prioridade para que seja observado posteriormente pelo médico. Durante a triagem podem ser avaliados parâmetros como a temperatura, peso, saturação e pode ser necessário administração de terapêutica para a dor ou para a febre, segundo o protocolo vigente.

Os utentes que necessitem de uma atuação imediata (intoxicações, convulsões, politraumatizados, choque entre outros) são reencaminhados automaticamente para a sala de reanimação onde a equipa multidisciplinar se junta e trabalha em equipa para prestar cuidados imediatos de forma a atuar rapidamente. Esta sala tem que estar sempre funcional e a verificação do carro de emergência selado e todo o equipamento é da responsabilidade do chefe de turno. Importa, ainda, salientar a importância da Triagem de Manchester no

contexto pediátrico, que representa uma função fundamental nos serviços de urgência, alicerçada no pensamento crítico e na tomada de decisão do enfermeiro. Este processo é crucial para a avaliação rápida e eficaz das necessidades das crianças, garantindo uma resposta adequada e atempada nos cuidados de saúde urgentes.

A UICD tem uma capacidade de seis camas, camas para crianças e adolescentes e para pequenos lactentes ou recém-nascido (RN). Nesta unidade, são internadas crianças e adolescentes dos zero aos 18 anos, a duração do internamento é de 24/48 horas, são admitidas crianças que necessitem de vigilância mais apertada, o destino pós a alta é o Internamento, Neonatologia, encaminhamento para a Consulta Externa, alta para o domicílio ou transferência para outro hospital.

Os pais, durante a permanência do filho em UICD, têm um cadeirão para descansar, situado junto à sua cama. Só um dos pais pode acompanhar o filho durante a noite. Estes são solicitados a colaborar com a equipa médica e de enfermagem nos cuidados a prestar ao seu filho: alimentação, higiene e medicação. Todas estas orientações estão contidas no Boletim de Acolhimento da UICD numa forma mais específica e orientada. Impera, assim, o modelo de cuidados centrados na família, seguindo a filosofia de cuidados de Casey (1993) para a enfermagem pediátrica, em que os cuidados às crianças/jovens são considerados como melhor executados pelas suas famílias, com vários graus de assistência de membros de uma equipa de cuidados de saúde devidamente qualificada, conforme necessário.

Dando continuidade à descrição do SUP, o mesmo tem disponíveis refeições para as crianças e para os pais que aguardem, no mesmo, o resultado ou a execução de algum exame complementar. A gestão desta refeição é da responsabilidade dos enfermeiros e tem como objetivo também ajudar em situações sociais e familiares, cuja passagem pelo SUP seja mais demorada, ocorra a horas de refeições, longe do domicílio e sem suporte familiar. A equipa médica e de enfermagem em serviço no SUP devem pedir a colaboração da Assistente Social, sempre que a história social e familiar mereça uma avaliação mais detalhada.

Todos os utentes, quando entram para ser observados no SUP, podem ser acompanhados por um dos seus pais ou pessoa de referência para a criança ou adolescente. As crianças mais velhas e os adolescentes podem ser observados sozinhos sempre que manifestem esse desejo, reconhecendo e respeitando os direitos da família, para promover os cuidados centrados na mesma, em parceria e numa relação terapêutica.

Durante este estágio, no Serviço de Urgência Pediátrica, o principal objetivo foi a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado da criança/jovem e da sua família, cujos objetivos específicos definidos e trabalhados neste contexto clínico estão apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Domínio de competência, os objetivos e atividades de aprendizagem, no âmbito do EEESIP

Domínio	Objetivos	Atividades de aprendizagem
Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade positiva, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem	<ul style="list-style-type: none"> Promovi a parceria de cuidados com a criança/jovem/família, desde o momento do acolhimento, visando a promoção de uma relação empática, melhor adaptação à gestão do regime terapêutico, bem como através do desenvolvimento de competências no apoio e na promoção da parentalidade em cada situação com que me deparei; Incentivei e negociei o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança/jovem, utilizando medidas promotoras da parceria de cuidados, segundo o Modelo de Parecia de Casey; Empoderei com conhecimentos, habilidades e competências a criança/jovem/família, para reforço de ligações mais sólidas, numa perspetiva de parentalidade positiva; Promovi cuidados centrados na família, implementando planos de cuidados promotores da parentalidade positiva; Expliquei aos pais todos os procedimentos e cuidados que iriam ser realizados, visando a sua colaboração, minimização de stresse e ansiedade quer dos pais, quer da criança/jovem, tornando a sua estadia no Serviço de Urgência o menos traumática possível; Ensinei e treinei os pais por forma a facilitar o desenvolvimento e a aquisição de competências face a situações específicas, quer de saúde, quer de doença; Comuniquei com a família de forma assertiva e empática, utilizando linguagem adequada a cada caso, no respeito pela cultura, crenças e valores de cada família; Geri o ambiente físico, proporcionando um ambiente calmo, tranquilo e com o mínimo de ruído possível, de forma a garantir a confiança da criança/jovem/família no trabalho realizado pela equipa.
	Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none"> Mobilizei os conhecimentos e habilidades profissionais especializadas de modo a assistir a criança/jovem/família na maximização da sua saúde, com reforço numa transição o mais positiva possível; Comuniquei empática e assertivamente, visando incentivar a criança/jovem e família a expressarem as suas dúvidas, receios e sentimentos, como estratégia para minimizar os efeitos negativos da hospitalização; Realizei o processo de enfermagem utilizando metodologia científica; Identifiquei as necessidades da criança/jovem e família, para elaboração do plano de cuidados de enfermagem de acordo com os problemas identificados e estabelecendo prioridades; Procurei oportunidades de aprendizagem potenciadoras de aplicação de estratégias que permitam trabalhar com a criança/jovem/família, no intuito de adoção de comportamentos que maximizem a sua saúde.
Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.	Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área do EEESIP, bem como adquirir conhecimentos e habilidades que me possibilitem a rápida identificação de focos de instabilidade e para dar resposta pronta antecipatória; Avaliei a situação clínica de cada criança/jovem, com identificação da instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados; Desenvolvi conhecimentos e perícia em resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; Demonstrei conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico; Apliquei conhecimentos acerca da saúde e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem/família, no respeito pela sua individualidade; Documentei o apoio para situações complexas, com protocolos de atuação da criança de alto risco; Aprofundei conhecimentos e competências para abordar a criança/jovem gravemente doente, em situação de trauma ou instabilidade hemodinâmica, mobilizando conhecimentos e para intervenção rápida de enfermagem, uma avaliação rápida

		<p>da criança/jovem, reconhecendo sinais e sintomas de choque e seguindo os princípios ABCDE (A- via aérea; B – respiração; C – circulação; D – função neurológica; E – exposição).</p>
	Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundi conhecimentos na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor e de mau estar, para implementação de tais estratégias no controlo da dor da criança/jovem, promovendo mais conforto e cuidados humanizados; • Identifiquei sinais de dor e aplicação das escalas adequadas a cada situação para a avaliação da mesma, visando um maior desenvolvimento de competências na área; • Desenvolvi conhecimentos, através da evidência científica, e habilidades em estratégias não farmacológicas para o alívio da dor.
	Providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	<ul style="list-style-type: none"> • Procurei experiências e demonstrar conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem, com suporte na evidência científica de forma a fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar; • Refleti criticamente com as enfermeiras tutoras sobre a melhor forma de potenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde.
	Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborei no diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; • Capacitei a criança em idade escolar, o jovem e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação a novas situações; • Promovi a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias para obtenção de uma adaptação adequada.
Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrei conhecimentos ao nível do crescimento/desenvolvimento da criança/jovem, não descurando a avaliação do seu conhecimento e consequente capacitação para estilos de vida saudáveis; • Promovi orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; • Reforcei o desenvolvimento da parentalidade positiva, através da utilização de técnicas de comunicação, tendo em conta o estadio de desenvolvimento da criança/jovem e família, encontrando métodos e estratégias que facilitem sua expressão de sentimentos e emoções, estabelecendo, assim, uma relação de parceria/terapêutica com estes;
	Comunicar com a criança/jovem/família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura.	<ul style="list-style-type: none"> • Recorri e demonstrei conhecimentos aprofundados acerca de técnicas de comunicação na relação terapêutica com a criança/jovem/família, de forma empática e assertiva; • Promovi a autoestima do jovem e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; • Estabeleci uma relação de confiança com a criança/jovem/família, tradutora de uma relação de ajuda, com demonstração de respeito, empatia, sem fazer juízos de valor; • Desenvolvi e demonstrei habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento de cada criança/jovem; • Encorajei uma comunicação expressiva de emoções, minimizando o impacto dos sentimentos negativos, vivenciados em contexto de urgência; • Reconheci e respeitei os direitos da família, promovendo os cuidados centrados na mesma, em parceria e numa relação terapêutica.
	Promover a autoestima do jovem e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Promovi e facilitei a expressão de emoções, dúvidas e receios por parte da criança/jovem/família, para uma melhor adaptação à realidade vivenciada; • Identifiquei os estadios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis, por parte dos jovens; • Refleti e reforcei a tomada de decisão responsável, através da negociação do contrato de saúde com o jovem.
Atividades pessoais	Desenvolver e refletir sobre a prática profissional do EEESIP, como membro da equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> • Discuti criticamente sobre as situações clínicas que recorrem ao serviço de urgência com a enfermeira tutora e com os pares; • Analisei de forma crítica e reflexiva a prática de cuidados de enfermagem especializados do EEESIP em contexto de urgência/emergência pediátrica; • Demonstrei interesse e iniciativa nas atividades desenvolvidas, questionando sempre que surgiam dúvidas;

	<ul style="list-style-type: none"> • Conheci o papel do Enfermeiro EEESIP na liderança e supervisão de cuidados de enfermagem em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica; • Adotei um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa multidisciplinar; • Percebi junto das enfermeiras tutoras e dos restantes profissionais as necessidades de formação no Serviço;
<p>Refletir sobre as competências adquiridas e/ou potencializadas durante o estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refleti acerca sobre os cuidados e competências desenvolvidas ao longo do estágio, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados no presente e no futuro; • Refleti sobre a importância do papel do EEESIP na assistência à criança/jovem e família, com sensibilidade acrescida no cuidado, lembrando que a criança/jovem não existe sozinha e que a família também necessita de ser cuidada; • Refleti criticamente com as enfermeiras tutoras acerca do meu desenvolvimento de competências; • Elaborei uma reflexão crítica no final do estágio.

2.1 – Análise Crítica e Reflexiva

Assumir uma atitude crítico-reflexiva é de crucial importância em Enfermagem, pois possibilita melhorar a prática diária de cuidados, permitindo alterar comportamentos ou simplesmente adequá-los às situações com que nos vamos deparando, visando, acima de tudo, o bem-estar da criança/adolescente/família. No entanto, nem sempre é fácil refletir no dia-a-dia de trabalho, podendo os cuidados tornar-se rotineiros, não sendo questionada a sua execução e o porquê da mesma, ou talvez, por que razão se procede assim e não de outro modo.

Por conseguinte, a maior experiência profissional possuída, enquanto enfermeira, foi no SUP, onde foi exercida a atividade durante vários anos numa ULS do Sul. Tendo por base essa experiência, foi possível compreender a mais valia positiva e enriquecedora que a mesma possibilitou, contribuindo fortemente para o desenvolvimento enquanto profissional e para o desenvolvimento deste estágio.

No início do presente estágio foi conhecida a dinâmica do serviço e como se organizavam os cuidados. O método de trabalho utilizado habitualmente no SUP é o individual. No entanto, em situações de emergência, o trabalho em equipa é o utilizado, pois nestas situações é fundamental uma atuação rápida e adequada, de forma a permitir a estabilização da criança/adolescente. A distribuição dos profissionais por postos de trabalho é realizada pela Enfermeira Gestora, com antecedência. A agradável receção por parte da equipa multidisciplinar, assumiu especial relevância durante a integração. A enfermeira tutora fez a visita guiada e apresentou os recursos disponíveis na Urgência Pediátrica, incluindo o percurso do utente, que começa com a inscrição na secretaria, é posteriormente triado, aguarda a observação médica e, após a avaliação, pode ser encaminhado para alta ou necessitar de cuidados de enfermagem e/ou exames complementares de diagnóstico, com posterior reavaliação. O utente pediátrico pode ter alta para casa, ser internado na UICD, transferido para outro serviço dentro do mesmo hospital ou ser transferido para outra

instituição de saúde. Existem protocolos que permitem ao enfermeiro a administração de analgésicos/antipiréticos no momento da triagem. Além disso, em situações de urgência, o utente pediátrico pode receber cuidados de enfermagem logo após a triagem. Exemplos disso incluem grandes acidentes ou quedas, em que a criança/jovem é levada para a sala de emergência, imobilizada e monitorizada, sendo solicitado à equipa médica que faça a sua avaliação. Neste contexto, importa salientar que os acidentes rodoviários continuam a liderar o número de mortes acidentais, com aproximadamente 60% de casos, com maior incidência nos grupos etários das crianças mais novas (cerca de 40%) e das mais velhas (cerca de 75%) (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2022).

Em Portugal, “os traumatismos e lesões não intencionais (acidentes) são uma das principais causas de morte das crianças e jovens a partir do primeiro ano de vida, sendo a segunda entre os cinco e os 14 anos de idade e a primeira a partir dos 15 anos” (APSI, 2022, p.3).

Os acidentes rodoviários têm um impacto significativo nas crianças de todas as faixas etárias, com diferentes graus de gravidade e tipos de lesões. A prevalência dos acidentes rodoviários, como uma das principais causas de mortalidade e morbidade entre as crianças, destaca a necessidade urgente de intervenções direcionadas (Ungureanu et al., 2024). São a principal causa de morte prematura em crianças e jovens com idades entre os cinco e os 19 anos, com aproximadamente 186 300 fatalidades anuais entre crianças com nove anos ou menos a nível mundial (Ungureanu et al., 2024). Em média, a nível nacional, “na última década morreram 66 crianças por ano, por acidente rodoviário, desde o nascimento até aos 19 anos, de acordo com dados disponibilizados pelo INE (591, 2012-2020)” (APSI, 2022, p.3). Esta realidade também é transversal a outros países europeus, como, por exemplo, a Grécia, onde as crianças e jovens com idades entre os seis e os 19 anos representam a maioria das vítimas, com a maior mortalidade observada no grupo etário dos zero aos três anos (Guryev et al., 2023). Os peões e ciclistas são particularmente vulneráveis, com uma dimensão significativa de lesões e mortes resultantes de incidentes de *dart-out* (em que a criança corre para a estrada inesperadamente) (Swedler et al., 2024). A complexidade dos acidentes rodoviários exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, no caso, os EEESIP (Popa et al., 2023).

Os traumatismos e lesões acidentais continuam a ser uma das principais causas de morte entre as crianças e jovens em Portugal, representando a segunda causa de óbito a partir dos cinco anos e a primeira a partir dos 15 anos de idade. Além disso, as mortes representam apenas uma pequena parte do problema, uma vez que para cada criança falecida, muitas outras são hospitalizadas, e centenas recebem cuidados médicos (APSI, 2022). Neste cenário, e em conformidade com a mesma entidade, é importante continuar-se

a reconhecer que a sua incidência na mortalidade e morbidade das crianças e jovens reduziu consideravelmente desde a criação da APSI, resultando num número significativo de anos de vida poupados e melhorias evidentes na saúde da população infantojuvenil (APSI, 2022).

Face a este problema, o cuidado centrado na família é fundamental para apoiar o desenvolvimento das crianças, envolvendo ativamente as famílias no processo de cuidados de saúde e na promoção da segurança da criança. Os EEESIP desempenham um papel crucial ao capacitar as famílias através da partilha de conhecimentos e práticas colaborativas de cuidados (Deribe et al., 2024; Im et al., 2024; Haylı et al., 2024). Um cuidado centrado na família eficaz requer que os enfermeiros partilhem informações e competências relevantes com as famílias, no seu todo, garantindo que estão bem preparadas para apoiar a saúde dos seus filhos (Urbina et al., 2024).

Dando continuidade às atividades desenvolvidas, a triagem é o primeiro contacto do utente pediátrico e da sua família com um profissional de saúde, por isso a comunicação tem um papel fundamental. O enfermeiro recolhe a queixa principal, escolhe o fluxograma da Triagem de Manchester mais adequado à queixa apresentada. As principais funções do enfermeiro de triagem incluem a avaliação e reavaliação da queixa principal e dos sintomas associados, uma breve história da doença atual, a sua evolução e os antecedentes pessoais relevantes, exame físico sumário e dirigido, avaliação dos sinais vitais e a implementação de medidas diagnósticas e terapêuticas de acordo com os protocolos do serviço.

É importante referir o Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP), que é uma ferramenta de avaliação rápida baseada em sinais visuais e auditivos, sem a necessidade de equipamentos. O TAP leva entre 30 a 60 segundos a ser realizado e visa obter uma “impressão geral que permita determinar, nos primeiros segundos, se o estado fisiológico da criança é ou não crítico, com base nas três componentes principais: 1) Aparência, 2) Trabalho respiratório, 3) Circulação periférica” (Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM, 2012, p. 72). Esta:

“avaliação rápida irá determinar a urgência de intervenção, isto é, vai definir a rapidez com que é necessário tratar a criança (usando ou não uma abordagem adequada ao estadio de desenvolvimento da criança) e até que ponto será possível efetuar um exame mais detalhado (secundário) antes de decidir iniciar o transporte da vítima. Outro grande objetivo do TAP consiste na identificação da categoria da anormalidade fisiológica. Nesta fase inicial o objetivo é perceber se a criança apresenta um problema do foro respiratório, circulatório ou neurológico”.

O TAP no serviço de urgência é útil para identificar, na triagem, crianças que necessitam de cuidados mais urgentes.

Todavia, é importante salvaguardar que, ao longo deste percurso, não existiram muitas oportunidades de assistir à triagem e à admissão no serviço de algumas crianças/adolescentes. A orientadora nunca ficou alocada na triagem, porém sempre que houve oportunidade, foram tomadas as diligências, para deslocação a este posto.

Apenas durante a primeira semana existiu a possibilidade de contacto com a UICD, com apenas uma única criança em observação. Fora esta ocorrência, nos outros turnos esta UICD estava encerrada. Tendo por base esta intercorrência, existiu a oportunidade de observar/ intervir nas outras áreas de interesse.

No decorrer destas seis semanas de estágio, as experiências e as oportunidades de aprendizagem foram deveras positivas. O grande objetivo inicial era, além de desenvolver um conjunto de competências, adquirir novos conhecimentos para além dos já consolidados.

Existiu a oportunidade de aprimorar as competências comunicacionais e relacionais com a criança/jovem e a sua família, assim como de expandir os conhecimentos na parceria de cuidados, conforme defendido por Anne Casey. Este modelo, adotado no SUP, enfatiza a importância da relação e da negociação de cuidados com a família. Algumas das atividades desenvolvidas foram a comunicação empática, a capacidade de ouvir e de expressar de forma clara, saber estar, estabelecer uma verdadeira parceria de cuidados e valorizar o papel dos pais.

As técnicas de comunicação aprimoradas permitiram estabelecer uma relação empática e assertiva com a criança, adolescente e família, resultando numa interação terapêutica pautada pelo respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, fatores essenciais para a continuidade do meu processo de aquisição de competências especializadas. Só desta forma é permitido fortalecer as competências técnicas, relacionais e éticas, além de possibilitar a aquisição de habilidades para uma comunicação eficaz e terapêutica com a criança/jovem e a sua família, no contexto de urgência/emergência. Este processo era iniciado com o acolhimento da díade e com a demonstração de competências humanas e relacionais.

Foi adotada uma postura de abertura em relação ao outro, o que facilitou a construção de uma relação empática, favoreceu a comunicação e permitiu proporcionar o apoio emocional necessário, esclarecendo dúvidas e oferecendo ensinamentos pertinentes. Tais atividades exigiram, inevitavelmente, uma comunicação cuidadosa com a criança/jovem e a sua família, considerando as suas características individuais e as particularidades da faixa etária. Foram sempre explicados, previamente, os procedimentos a realizar, de forma a reduzir a ansiedade, com foco na criança/jovem, mantendo uma postura respeitosa em

relação às suas crenças, cultura e decisões, evitando emitir juízos de valor durante o processo de comunicação. Esta obrigação ética e deontológica está amplamente consagrada no direito internacional e nacional, tendo como resultado uma aplicabilidade universal através das Convenções das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989), que foi descrita como “o farol que orienta as discussões sobre como abordar a justiça global para as crianças” (Brando, 2019, p. 12).

Conceptualmente, muitas vezes fala-se sobre as crianças como se fossem um grupo homogêneo, caracterizado simplesmente por uma fase de desenvolvimento conhecida como infância ou pela idade biológica. Contudo nunca se deve negligenciar importantes diferenças intra-grupo, incluindo uma diversidade de capacidades, traços, interesses, necessidades e preferências, para evitar ignorar a individualidade das crianças. Assim, ao longo da prática esteve sempre presente que o bem-estar das crianças não pode ser comprometido, pois nenhuma criança é igual a outra, apresentando necessidades que não são idênticas a outras crianças. Este respeito pela sua individualidade levou a uma abordagem centrada na criança, fundamentada na compreensão essencial de cada uma como um ser único.

Existiu a oportunidade de participar na observação do processo de gestão de medicação, nomeadamente no pedido de medicação para o fim-de-semana, feito por uma enfermeira através do Sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF). O sistema facilita a identificação e o manuseamento do material, sendo de fácil compreensão até para os novos membros da equipa. Além disso, o armazenamento da medicação é eficaz e organizado, garantindo uma gestão eficiente. Este sistema proporciona ganhos económicos "muito significativos" para a instituição, otimizando recursos e melhorando a eficiência da equipa do SUP.

Na prática de cuidados desenvolvida esteve e estará sempre inerente a prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, onde existe uma garantia de confidencialidade e a segurança da informação, à qual se tem acesso durante a prática profissional, assim como o respeito por valores, costumes e crenças. Apesar de ser referido no Regulamento nº 122/2011 do Diário da República como uma competência do enfermeiro especialista, pode também ser considerada do âmbito geral, tendo vindo a ser preservada e reiterada ao longo de todo o percurso profissional. O respeito pelo outro e pela sua individualidade é algo que está inerente à prática de cuidados e o dever de sigilo deve estar sempre presente, assumindo elevada importância em situações de especial complexidade, muito comuns em contexto de internamento. Neste âmbito, e citando Louis Pasteur: *“Quando vejo uma criança, ela inspira-me dois sentimentos: ternura, pelo que é, e respeito pelo que pode vir a ser.”*

Jamais se pode esquecer que os cuidados centrados na Pessoa são a tomada de decisão em matéria de cuidados de saúde caracterizada, no contexto de SUP, por uma parceria entre a família da criança/adolescente e o enfermeiro, bem como pelo respeito e dignidade pelo contexto cultural, valores e crenças do outro. Os cuidados de enfermagem pediátrica baseiam-se nesta filosofia. Assim, ao cuidar de crianças/adolescentes hospitalizados, o enfermeiro deve respeitar e proteger a sua dignidade e da família e avaliar com precisão as suas reais necessidades (Yoo & Cho, 2020). Os pais de crianças hospitalizadas exigem que os enfermeiros respeitem a dignidade das crianças e a sua e que forneçam uma explicação, de simples compreensão, sobre o tratamento e os cuidados de enfermagem. Para além disso, a família também quer participar diretamente no processo de cuidados à criança (Yoo & Cho, 2020). Envolver a família nos cuidados, para além de favorecer o estado de saúde da criança/adolescente, prepara-a gradualmente para a alta, uma vez que possibilita a aquisição de novos conhecimentos e competências.

Trabalhar com o ALERT© no SUP, foi algo inovador, tratando-se de um sistema informático que exigiu alguma adaptação. No entanto, ao longo do tempo, o ALERT© foi entendido como um sistema mais intuitivo, especialmente em comparação com o SClinico©. Esta experiência foi, sem dúvida, uma das mais-valias deste estágio.

No que diz respeito ao controlo de dor, a experiência prévia, na ULS do Sul, onde existia a Buzzy, (abelha que vibra e que tem gelo que é aplicada próxima do local onde se vai puncionar) e sempre que as colheitas/colocação de cateter não eram urgente/emergente, era aplicado EMLA. Para além disso, uma formação realizada através da OE (Avaliação e abordagem à pessoa com dor) e a realização de procedimentos baseados na formação de serviço recebida, sobre Hipnose Pediátrica para controlo da dor (Luva Mágica e Lugar Favorito), permitiram entender a importância do controlo da dor, particularmente em pediatria. No caso de bebés alimentados com leite materno, existia o incentivo de os colocar a mamar, durante procedimentos invasivos. Todas estas alternativas demonstraram-se eficazes na diminuição da dor, dos medos, do stresse, da ansiedade, da fobia, entre outros sentimentos próprios da criança hospitalizada e sujeita a procedimentos de enfermagem.

Medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor foram aplicadas, tais como a utilização do EMLA®, do leite materno/sacarose a 24% nos lactentes e de técnicas de distração e brincadeira adequadas à idade da criança. Nos procedimentos invasivos, destaca-se a utilização do EMLA®, um anestésico tópico local que deve ser aplicado cerca de uma hora antes da realização do procedimento, sendo a quantidade a ser utilizada determinada pela idade da criança (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010). No entanto, este processo pode ser demorado e, muitas vezes, aumenta o stresse e a ansiedade da criança e da família, o que exige uma reavaliação das necessidades dessa díade e a definição da

melhor intervenção em conjunto com os pais, de modo a oferecer a resposta mais adequada. Foram efetuados registos de enfermagem de forma adequada, estruturada e sistemática, sempre com a consciência de que são essenciais para garantir a segurança e continuidade dos cuidados prestados, permitindo evidenciar a qualidade dos mesmos. Estes registos garantem o acesso seguro e protegido a dados e informações, possibilitando a sua monitorização e garantindo uma partilha segura entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no plano de cuidados.

Assim, em todas as situações foi considerada a parceria de cuidados, envolvendo sempre os pais, e atribuindo grande importância à comunicação com a criança e a sua família. Para estabelecer parcerias eficazes, é fundamental criar relações terapêuticas baseadas na colaboração, confiança e segurança, com ênfase na comunicação, escuta ativa, respeito pelas diferenças e pela individualidade, ou seja, uma postura positiva por parte dos enfermeiros. Esses elementos estão presentes no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1993), que propõe intervenções que respeitem as preferências e prioridades da família, reconheçam as capacidades familiares, envolvam a negociação dos cuidados, a avaliação das suas necessidades e ofereçam apoio contínuo.

A utilização comunicação assertiva foi uma prática constante, respeitando a cultura, as crenças e a capacidade de compreensão dos pais, utilizando uma linguagem simples e acessível para facilitar a sua compreensão. Foi possível constatar que, no SUP, existem protocolos, nomeadamente o da dor, que permitem ao EEESIP intervir de forma autónoma nestas situações, através da administração de terapêutica analgésica e/ou antipirética.

O facto de o serviço encerrar às 20h, devido às contingências daquele momento, foi um entrave a concretização das horas de estágio. Com um serviço que não funcionava a 100%, foi difícil conciliar e gerir a vida pessoal e profissional. Ainda assim, foi possível verificar que que as tardes têm mais utentes do que as manhãs e, apesar de o serviço fechar às 20h, continua com dois pediatras para receber utentes reencaminhados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) 24, pelo Serviço de Urgência Básico (SUB), pelas especialidades, pelo INEM, feridas sangrantes, ou que o pediatra considerasse como urgência. Neste sentido, o papel do enfermeiro nestas situações também deveria ser tido em conta, uma vez que todos têm a capacidade de decidir o que é ou não passível de ser admitido, e o que acontece é que este tipo de decisões não é considerada por parte da equipa de enfermagem, nem por parte do chefe de equipa.

Foi possível colaborar e realizar o acolhimento da criança/jovem e família ao serviço, estabelecendo uma relação de parceria, adequando a linguagem as etapas de desenvolvimento e cultura e estabelecendo comunicação eficaz. A prestação de cuidados foi

realizada sempre em parceria com os pais. Foi disponibilizado apoio aos pais, estabelecendo relação empática com os mesmos, assim como foram transmitidos cuidados antecipatórios, com vista ao melhor desempenho dos mesmos e promover o exercício da parentalidade.

Foram igualmente aprimoradas competências ao nível da realização de técnicas e ajustada mais ainda a minha comunicação com as crianças/adolescentes e família.

Fazendo o balanço deste estágio foi positivo, porque permitiu a reflexão das práticas e postura individuais, bem como em medidas que se pretendem adotar futuramente no exercício profissional, como EEESIP, tal como preconizado ao longo da formação teórica.

O Regulamento de Competências Comuns determina, no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro especialista “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 2019, p.4745) e esta premissa foi sempre tida em conta, objetivando a prestação de cuidados de excelência, centrados na criança e sua família, “em qualquer contexto em que esta se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n.º 422/2018 de 2018, p.19192). Assim, neste percurso para a aquisição de competências como EEESIP, este estágio foi enriquecedor para a consolidação de conhecimentos previamente adquiridos, mas muito mais poderia ter sido alcançado.

No término deste estágio, foi sentido, uma vez mais, que se tinha avançado para um nível superior de conhecimento na área dos cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família no contexto de SUP, com aquisição, aprimoramento e desenvolvimento de competências específicas nesta área. Tornou-se uma experiência extremamente enriquecedora, permitindo expandir, desenvolver e aprofundar os conhecimentos e as competências indispensáveis à criança/jovem e família a vivenciarem situações de urgência/emergência. Também, neste estágio, a parceria de cuidados foi o princípio orientador, com ênfase na criação de uma relação de confiança com os pais e/ou o cuidador principal, assegurando que a qualidade e a humanização dos cuidados prestados fossem as melhores possíveis. O modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey orientou a prática, valorizando a experiência dos pais, enquanto principais cuidadores da criança, o que serviu como guia durante o estágio. Prestar cuidados a crianças, jovens e suas famílias em situações de elevada complexidade, como aquelas encontradas em contextos de urgência/emergência, exige do enfermeiro um vasto conjunto de conhecimentos e competências, de modo a garantir uma atuação eficaz e eficiente perante a imprevisibilidade do contexto, onde o agravamento clínico da criança/jovem pode ocorrer a qualquer momento.

3 – Estágio de Neonatologia

O estágio em contexto de Enfermagem de Neonatologia, sob a orientação do Professor Manuel Cordeiro e tutoria de uma EEESIP decorreu entre 28 de setembro e término a seis de dezembro, com 120 horas planeadas no Serviço de Neonatologia de uma ULS, *situ* na região centro de Portugal.

Os recém-nascidos (RNs) de alto risco, especialmente aqueles nascidos prematuramente, enfrentam taxas significativamente elevadas de morbidade e mortalidade devido a diversos fatores. Estes frequentemente requerem cuidados especializados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e são suscetíveis a várias complicações (Zohrehvand et al., 2024). A enfermagem, neste contexto, desempenha um papel fundamental ao prestar cuidados especializados e apoio abrangente aos RN e suas famílias. Por outras palavras, o papel do EEESIP, particularmente em Neonatologia, é fundamental na prestação de cuidados abrangentes aos RNs e no apoio às suas famílias. Estes profissionais de saúde têm competências para implementar práticas baseadas em evidências que promovem o desenvolvimento infantil e o envolvimento dos pais, garantindo uma abordagem holística no cuidado neonatal (Figueira et al., 2024).

Nesta unidade são prestados cuidados diferenciados aos RN (com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas, e RN admitidos até ao mês de idade), provenientes do serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Bloco Operatório, Urgência Pediátrica e outros hospitais. São otimizados os meios técnicos e humanos, que permitem ao RN uma melhor adaptação ao meio extrauterino, recuperação da prematuridade, doença ou qualquer alteração dos seus sistemas, promovendo o bem-estar e desenvolvimento adequado do RN, na família e comunidade em que se insere. Como método de trabalho a equipa organiza-se através do “método individual”: em cada turno o enfermeiro é responsável pelos cuidados de determinados bebés, sendo os RNs com maior instabilidade/necessidades de cuidados diferenciados, atribuídos ao enfermeiro com mais qualificações e/ou EEESIP. A metodologia de trabalho que mais caracteriza a filosofia dos cuidados em pediatria é o “Enfermeiro de referência”, uma vez que assenta na parceria e na negociação de cuidados com os pais (OE, 2015). É um método sistemático de organizar o trabalho de enfermagem, através da atribuição de um grupo de crianças doentes a um enfermeiro, que é o responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados a essas crianças hospitalizadas (OE, 2015). O enfermeiro

de referência promove o envolvimento/parceria com os pais durante todo o processo: desde a admissão, internamento e alta (OE, 2015).

No quadro que se segue são apresentados/descritos os domínios de competência, os objetivos e as atividades de aprendizagem, que permitiram desenvolver as competências necessárias também ao título de Mestre em ESIP.

Quadro 3. Domínio de competência, os objetivos e atividades de aprendizagem, no âmbito do EEESIP

Domínio	Objetivos	Atividades de aprendizagem
Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade positiva, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança	<ul style="list-style-type: none"> Promovi a parceria de cuidados com a família, desde o momento do acolhimento, visando a promoção de uma relação empática, através do desenvolvimento de competências no apoio e na promoção da parentalidade em cada situação com que me venha a deparar; Incentivei e negocieei o envolvimento da família na prestação de cuidados ao RN, utilizando medidas promotoras da parceria de cuidados, segundo o Modelo de Parecia de Casey; Promovi cuidados centrados na família, implementando planos de cuidados promotores da parentalidade positiva; Expliquei aos pais todos os procedimentos e cuidados que irão ser realizados, visando a sua colaboração, minimização de stresse e ansiedade quer dos pais, numa verdadeira relação terapêutica; Ensinei e treinei os pais por forma a facilitar o desenvolvimento e a aquisição de competências face a situações específicas, quer de saúde, quer do RN; Comuniquei com a família de forma assertiva e empática, utilizando linguagem adequada a cada caso, no respeito pela cultura, crenças e valores de cada família; Geri o ambiente físico, proporcionando um ambiente calmo, tranquilo e com o mínimo de ruído possível, de forma a garantir a confiança da família no trabalho realizado pela equipa.
	Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvi competências específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na área de Neonatologia, de modo a ser capaz de elaborar um plano de cuidados de Enfermagem ao RN diariamente e de acordo com a sua condição clínica; Participei e colaborei nos cuidados ao RN instável ou criticamente doente; Realizei o processo de enfermagem utilizando metodologia científica; Desenvolvi conhecimentos e prática em relação à ventilação invasiva (alta frequência, oscilatória) e não invasiva; Apoiei o aleitamento materno exclusivo; Apliquei técnicas de cuidados que garantam o desenvolvimento harmonioso do RN e lhe ofereçam conforto, como luz, controlo de ruído, manuseamento suave, promover o desenvolvimento neurocomportamental; Segui as linhas de orientação de competências alimentares.
	Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas.	<ul style="list-style-type: none"> Explorei e refleti sobre o uso de medidas não farmacológicas de conforto, como a posição canguru, sucção não nutritiva, entre outras; Desenvolvi conhecimentos, através da evidência científica, e habilidades em estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
Atividades pessoais	Desenvolver e refletir sobre a prática profissional do EEESIP, como membro da equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> Discuti criticamente sobre as situações clínicas com a enfermeira tutora e com os pares; Analisei de forma crítica e reflexiva a prática de cuidados de enfermagem especializados do EEESIP em contexto de Neonatologia; Demonstrei interesse e iniciativa nas atividades desenvolvidas, questionando sempre que surgiam dúvidas;

	<ul style="list-style-type: none"> • Conheci o papel do Enfermeiro EEESIP na liderança e supervisão de cuidados de enfermagem em contexto de Serviço de Neonatologia; • Adotei um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa multidisciplinar;
Refletir sobre as competências adquiridas e/ou potencializadas durante o estágio.	<ul style="list-style-type: none"> • Refleti acerca sobre os cuidados e competências desenvolvidas ao longo do estágio, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados no presente e no futuro; • Refleti sobre a importância do papel do EEESIP na assistência ao RN/família, com sensibilidade acrescida no cuidado; • Refleti criticamente com as enfermeiras tutoras acerca do meu desenvolvimento de competências; • Elaborei uma reflexão crítica no final do estágio.

3.1 – Análise Crítica e Reflexiva

Este estágio foi uma continuidade do percurso de desenvolvimento das Competências Comuns do EE, segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, bem como das Competências Específicas EEESIP, Regulamento n.º 422/2018, 12 de julho de 2018, tendo igualmente consolidados os conhecimentos adquiridos na formação teórica do curso. Tudo isto foi possível através das experiências vivenciadas, que possibilitaram a utilização de conhecimentos e técnicas mais adequadas à prática especializada, utilizando uma metodologia científica de trabalho, nunca esquecendo que o EEESIP, como preconiza a OE, no seu Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho de 2018 (p. 19192), “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. No contexto de Saúde Infantil e Pediátrica, a díade criança/jovem e família configura-se como uma lógica de cuidar, atendendo quer à singularidade da mesma, quer às múltiplas dimensões do cuidar humano (Hockenberry, 2024). Esta díade é cada vez mais reconhecida como uma componente crucial nos cuidados de saúde pediátricos, enfatizando uma abordagem holística que considera quer as dinâmicas individuais quer as relacionais (Thomas et al., 2023). Esta configuração, frequentemente denominada de Cuidados Centrados na Família, promove a colaboração entre os enfermeiros e a família, garantindo que os cuidados sejam ajustados às necessidades únicas de cada caso (Horan, 2023). Neste sentido, e tendo em conta o local onde decorreu o estágio, a família é uma referência capital numa ideologia de prestação de cuidados que se pretende mais humanizada, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade, o que implica que esta seja parceira no cuidar (Horan, 2023). O reconhecimento da vulnerabilidade do RN e família remete para Watson (2021), que descreve um processo de dar e receber vida, colocando a pessoa nas mãos de quem cuida e, no caso da neonatologia, literalmente, ilustrando a magnitude do cuidar em Neonatologia.

O estágio em Neonatologia realizado numa ULS da região Centro de Portugal marcou mais uma etapa deste percurso de formação, proporcionando uma oportunidade ímpar para desenvolver competências enquanto EEESIP, que envolvem uma compreensão ampla e

humanizada dos cuidados em saúde, com ênfase no RN e sua família. Por outras palavras, o estágio constituiu-se como uma excelente oportunidade para o desenvolvimento de competências práticas e teóricas, possibilitando uma melhor compreensão da complexidade dos cuidados neonatais e das necessidades específicas dos RN e suas famílias. A experiência adquirida neste ambiente contribuiu para a consolidação da identidade profissional e para o aperfeiçoamento contínuo da *praxis*. A prática de cuidados em Neonatologia requer habilidades técnicas e emocionais, como uma comunicação eficaz com os pais e os elementos da equipa multidisciplinar. Foram vivenciadas e efetuadas reflexões sobre os desafios quotidianos do cuidado neonatal, como a gestão de situações de alta complexidade e os dilemas éticos que surgem ao lidar com RN prematuros ou com doenças graves. Este tipo de experiência reforçou a resiliência profissional e humana, além de reforçar o compromisso com a qualidade e a empatia no cuidado. Assim, para além de adquirir novas competências técnicas, também foi desenvolvida uma visão mais abrangente e sensível sobre a saúde neonatal, colocando as necessidades do RN e da sua família no centro dos cuidados. Tudo isto representou um passo significativo na formação profissional, levando cada vez mais a compromisso com a qualidade, a humanização e a excelência no cuidado.

A integração no serviço, apesar do tempo necessário para a adaptação com êxito, foi alcançada com muito esforço e dedicação, por fatores extrínsecos. Mas mesmo assim, foram cumpridos os objetivos propostos, apesar de alguns não terem sido alcançados em tempo útil até mesmo à realização do presente relatório.

Desta forma, é necessário agradecer a toda a equipa o quanto soube receber, desde os enfermeiros, médicos e assistentes técnicos de saúde e, principalmente, à tutora ESIP que teve toda a paciência e dedicação para ensinar e orientar. Foi possível conhecer o Serviço, consultar os seus protocolos, interiorizar a metodologia de trabalho e desenvolver uma prática ética e fundamentada.

No que respeita ao domínio técnico, foram elaborados planos de cuidados individualizados, efetuada a monitorização e suporte ao RN instável ou crítico e ainda a gestão diferenciada da dor/conforto neonatal. A dor e o conforto do RN e família são conceitos centrais em Neonatologia, sobretudo no que diz respeito ao cuidado humanizado e à promoção do bem-estar do RN, cuja dor não pode ser subestimada, uma vez que é uma experiência que pode ter efeito, a longo prazo, no desenvolvimento neuropsicológico e físico da criança. Nos primeiros dias de vida, os RN, mesmo os mais prematuros, são capazes de perceber e reagir a estímulos dolorosos, o que requereu uma abordagem diferenciada e sensível de minha parte. Assim, reconhecer que a dor no RN deve ser tratada de maneira eficaz, tendo por base tanto estratégias não farmacológicas, como técnicas de distração e a prática de cuidados que promovam o conforto, como fomentar o contacto pele-a-pele e a

sucção não nutritiva. Essas intervenções aliviavam a dor física e promoviam um ambiente emocionalmente acolhedor para o RN e sua família (Carroll et al., 2024). É necessário reforçar, mais uma vez, que o conforto em Neonatologia vai além do simples alívio da dor, envolvendo uma abordagem holística que considera a necessidade de segurança, proximidade afetiva e estabilidade emocional. O conforto proporcionado ao RN também está relacionado com o apoio contínuo à família, ajudando os pais a lidar com o sofrimento e a ansiedade que, muitas vezes, acompanham a hospitalização do seu filho. O conforto é um objetivo primário do doente e fundamental para a sua experiência, pelo que maximizar o conforto é um objetivo universal dos cuidados de saúde (Kolcaba, 2003). A aplicação da Teoria do Conforto nas práticas de cuidados é designada, pela autora citada, por Cuidados de Conforto, que é uma filosofia de cuidados de saúde que se centra na resposta às necessidades de conforto, um padrão de cuidados holísticos, mas individualizado para cada beneficiário ou grupo. Os cuidados de conforto têm três componentes: (a) uma intervenção eficaz, (b) um modo de prestação de cuidados e (c) o objetivo de aumentar o conforto (Kolcaba, 2003), que foram uma constante na minha prática clínica. É que um ambiente de cuidados que valorize quer o alívio da dor quer a promoção do conforto contribui significativamente para a recuperação e o bem-estar dos RN e sua família, permitindo-lhes viver uma experiência mais tranquila e saudável, mesmo num cenário de grande vulnerabilidade.

A escala utilizada no serviço é a *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), considerada pela DGS, (Norma n.º 014/2010, 14/12/2010) como a escala de referência para UCIN em RN de termo e pré-termo, a partir da 25ª semana de idade gestacional. O seu objetivo primordial é a avaliação da dor em procedimentos dolorosos, apesar de também poder ser utilizada no pós-operatório e na aferição da dor prolongada (Batalha et al., 2005). Contempla cinco parâmetros comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação, reconforto) cuja pontuação individual varia entre zero e três. A cotação total é medida numa escala de zero a 15 pontos, em que a pontuação zero indica ausência de dor, de um a quatro corresponde a dor ligeira, de cinco a oito significa dor moderada, de nove a 12 evidencia dor intensa e de 13 a 15 representa dor muito intensa. A intervenção farmacológica está indicada para cotações a partir dos cinco pontos (Batalha et al., 2005). Dado que esta escala tem por base a análise de alterações comportamentais, verifica-se que não há uma grande dificuldade na sua aplicação na prática clínica, sendo de simples utilização e apresentando uma boa concordância entre utilizadores. No entanto, Batalha e colaboradores (2005) recomendam um contacto mínimo de uma hora (idealmente quatro a oito horas) com o RN para uma avaliação exata. Por outro

lado, ainda em conformidade com os mesmos autores, apresenta como limitação a inaplicabilidade em RNs com alterações neurológicas graves.

Os RNs pré-termo correm um risco acrescido de desenvolver atrasos moderados a significativos no desenvolvimento neurológico, problemas de comportamento e mental que podem afetar negativamente a sua qualidade de vida ao longo da vida (Johns Hopkins All Children's Hospital, 2023). O ambiente na UCIN é conhecido por ser um ambiente nocivo e hiperestimulante para o RN, uma vez que no mesmo existe manipulação excessiva, procedimentos frequentes, associados a luz forte e ruído acima dos 45 decibéis, o que se pode causar alterações auditivas, fisiológicas e comportamentais do RN aí hospitalizado (Johns Hopkins All Children's Hospital, 2023). Assim, no sentido de diminuir o impacto negativo da hospitalização na UCIN e promover o desenvolvimento adequado do RN é perentório organizar cuidados e definir programas para o cuidar do RN internado em UCIN, respeitando o seu ritmo e a sua individualidade, apoiando o cérebro em desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016). Os cuidados neuroprotetores são intervenções eficientes para prevenir a morte celular neuronal, permitindo a sua cura, através do desenvolvimento de novas conexões para a sua funcionalidade (Altimier & Phillips, 2016).

Na prática, existiu sempre o cuidado de, em primeiro lugar, colaborar na promoção de um ambiente o mais acolhedor e tranquilo possível, onde o RN pudesse ser tratado de forma individualizada, considerando as suas necessidades fisiológicas, psicológicas e afetivas. Portanto, foi fundamental estar consciente da importância de evitar a sobrecarga de estímulos e de promover cuidados que respeitassem o ritmo natural de cada RN, como a adaptação ao ambiente de forma gradual e o apoio à autorregulação do RN. Neste sentido, foi promovido sempre o contato pele-a-pele, pois este favorece o vínculo afetivo entre o RN e os pais, bem como tem efeitos fisiológicos positivos, como a regulação da temperatura e dos batimentos cardíacos. Esta intervenção personalizada, uma filosofia inerente ao Serviço de Neonatologia onde decorreu o estágio, incluiu estratégias de gestão da dor eficaz e o incentivo à participação ativa dos pais, que devem ser vistos como aliados essenciais no processo de cuidado. A sua presença constante e a sua envolvimento nas decisões, quando possível, têm um impacto direto no bem-estar do RN. Foi igualmente reconhecido que o cérebro do RN está em constante desenvolvimento e, como tal, as experiências sensoriais e emocionais vivenciadas nas primeiras semanas de vida são fundamentais para o seu crescimento cognitivo e emocional. Por conseguinte, foi criado de um ambiente que minimizasse os stressores e proporcionasse estímulos positivos, essencial para promover o desenvolvimento neurológico adequado, por exemplo, através da redução de manobras invasivas, oferta de estímulos auditivos e táteis suaves e a promoção do vínculo familiar.

Neste âmbito e após pesquisa bibliográfica, considerou-se pertinente abordar o Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento foi elaborado por Altimier e Phillips (2016) e inclui sete medidas centrais dos cuidados neuroprotetores que servem de guia clínico, norteador para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RNPT e sua família na UCIN. As sete medidas centrais são: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stresse; proteção da pele; otimização da nutrição e salvaguarda do sono (Figura 1).



Figura 1 - Sete medidas centrais neuroprotetoras

Fonte: Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), pp.230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>.

Estas medidas, apesar de terem um guia orientador individual para a sua aplicação, são interdependentes, sendo uma das medidas importantes envolver os pais desde cedo na criação de um ambiente neuroprotetor e de apoio ao desenvolvimento do seu bebê, para obtenção de melhores resultados.

Os RNs prematuros devem permanecer em Neonatologia e precisam de um ambiente seguro. As UCIN são áreas onde os RNs prematuros são tratados conforme necessário, mas existem também procedimentos dolorosos e outros procedimentos que perturbam o seu conforto, exigindo, deste modo, um ambiente adequado e promotor de segurança e conforto, tal como já referido anteriormente. Neste sentido, a prática foi sustentada na teoria do conforto

de Kolcaba (1994), assente em duas estruturas taxonómicas: a primeira fase determina os níveis de conforto de acordo com a condição em que as necessidades individuais de conforto são satisfeitas. Estes níveis incluem: alívio, relaxamento e superioridade; na segunda fase, existem dimensões do conforto com base numa visão holística (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural). As UCIN são ambientes ruidosos e luminosos com dispositivos médicos altamente equipados, máquinas que podem produzir muito ruído, como monitores, ventiladores e dispositivos de infusão. O som e a luz inadequados afetam negativamente o conforto dos RN. Assim, pode criar-se o ciclo do dia e da noite, colocar os aparelhos médicos no volume adequado, falar em voz baixa, entre outras estratégias, aumentam o conforto do RN (Lin et al., 2023).

Todos os RNs foram vacinados com a vacina VHB e imunizados com o anticorpo monoclonal anti-vírus sincicial respiratório (VSR). Foi também avaliada a legibilidade da BCG e, quando ilegíveis, também eram vacinados, sendo possível executar a administração de vacinas. No verão de 2024 foi aprovado em Portugal o anticorpo monoclonal (nirsevimab) para a época 2024/2025, que foi administrado desde outubro de 2024, a todos os bebés nascidos entre um de agosto de 2024 e 31 de março de 2025, sendo contemplados todos os bebés prematuros (< 34 semanas), nascidos entre um de janeiro e 31 de julho de 2024 e todos os bebés com fatores de risco acrescido para doença grave por VSR (patologia crónica cardíaca, neurológica ou respiratória), que tenham menos de 24 meses até ao dia 30 de setembro de 2024 (DGS, Norma n.º 05/2024, de 12/08/2024).

Outra realidade vivenciada no estágio foi o recurso à fototerapia. Os *outcomes* da investigação mostram que cerca de 50% dos bebés a termo e 80% dos bebés pré-termo desenvolvem icterícia, que normalmente surge entre dois e quatro dias após o nascimento e desaparece espontaneamente após uma a duas semanas. A icterícia é causada pela deposição de bilirrubina na pele. A maior parte da icterícia nos RNs resulta do aumento da degradação dos glóbulos vermelhos e da diminuição da excreção de bilirrubina, havendo comprovada eficácia na sua eliminação através da fototerapia (Mreihil et al., 2018). No seu estudo, Mreihil e colaboradores (2018) concluíram que mais de um quarto (26,6%) de todos os bebés admitidos nas UCIN norueguesas durante o período do estudo recebeu fototerapia. A utilização de fototerapia esteve inversamente relacionada com a idade gestacional e o peso à nascença. Mais de 80% dos RN pré-termo com menos de 28 semanas de idade gestacional foram submetidos a fototerapia. A duração foi significativamente mais longa nos grupos de peso à nascença e idade gestacional mais baixas e diminuiu com o aumento do peso à nascença e da idade gestacional. Mreihil et al., (2018) concluíram que a fototerapia provou ser uma forte candidata à modalidade terapêutica mais comum em UCIN. No entanto, para a luz da fototerapia usada nos bebés mais pequenos e mais vulneráveis, os autores

recomendam que se dê maior ênfase ao controle de qualidade. Neste contexto, existiu a oportunidade de verificar o correto funcionamento dos equipamentos, como colaborar na verificação diária de vários equipamentos, e semanalmente poder colaborar e montar os ventiladores e efetuar a verificação da incubadora de transporte. O RN de termo e pré-termo são sensíveis ao ruído sendo um elemento que gera stresse, desorganiza-os, e muitas vezes provoca repercussões hemodinâmicas. Neste estágio persistiu a preocupação em minimizar o ruído e conseguir planejar cuidados, através do agrupamento de cuidados, de modo a evitar manipulações desnecessárias ao RN. É sabido que o ambiente nas unidades de neonatologia (a luz, o ruído) e as próprias intervenções ao RN constituem experiências sensoriais negativas, principalmente para os prematuros, cujo cérebro é extremamente imaturo e daí os cuidados a este nível.

Foi considerada como reflexão, perceber qual a importância do *Newborn Individualized Care and Assessment Program* (NIDCAP), um Programa de Cuidados Individualizados e de Avaliação do Desenvolvimento Neonatal. Foi possível constatar que a Federação Internacional de NIDCAP, os Centros de Formação NIDCAP e os seus Formadores, Profissionais Certificados NIDCAP e Apoiantes trabalham continuamente para melhorar as experiências vividas pelos RNs e suas famílias, nos hospitais do mundo inteiro. Os RNs hospitalizados defrontam muitas incertezas em decorrência

“ao seu parto pré-termo e/ou doença e o ambiente de cuidados intensivos pode ser um grande choque para eles. Os bebês, nas unidades de cuidados intensivos neonatais, estão expostos a luzes intensas, baixas temperaturas, ruídos, um emaranhado de tubos e fios e experiências de desconforto e dor. Estas experiências podem interferir no seu desenvolvimento saudável, causando sérios problemas de saúde e de desenvolvimento” (Federação Internacional de NIDCAP, 2020, s.p.).

Por conseguinte, este programa de cuidados procura reduzir experiências stressantes, separação dos pais e apoiar o desenvolvimento, através de cuidados de saúde consistentes e individualizados, tendo por base os pontos fortes e as necessidades de cada criança e família. Esta é uma abordagem essencial e transformadora no cuidado de RN, especialmente os prematuros ou com necessidades especiais. Este programa foca a individualização do cuidado, tendo em conta o desenvolvimento neurológico e emocional do RN, as suas necessidades fisiológicas e o ambiente. Tendo por base esta filosofia de cuidados, foram proporcionados cuidados mais sensíveis e personalizados, procurando minimizar os efeitos adversos do ambiente hospitalar, muitas vezes agressivo para o RN vulnerável. A reflexão sobre a importância do NIDCAP revelou-se como muito impactante, na experiência tanto dos RNs como das famílias, uma vez que ajuda não só a melhorar a saúde física e o bem-estar

dos RNs, mas também fortalece o vínculo familiar, oferecendo aos pais uma participação ativa no cuidado e apoio emocional, estando aqui também implícito o modelo conceitual de Casey (1993), a parceria de cuidados e cuidados centrados na família. É indispensável que o enfermeiro possua os conhecimentos e as competências necessárias para conseguir observar os sinais e o comportamento de cada RN, de modo a personalizar os cuidados, minimizando o impacto do ambiente e das intervenções no RN e promovendo a parceria de cuidados com os pais. O EEESIP desempenha aqui um papel de destaque, dentro da sua área de competência, ao prestar cuidados personalizados numa situação de tão elevada complexidade como a do RNPT, com necessidades tão específicas. Este programa vem de encontro a um dos pontos enumerados no perfil de competências do EEESIP, nomeadamente “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

No Serviço de Neonatologia os cuidados foram organizados e planeados tendo como princípio o agrupamento de cuidados de enfermagem, pois o objetivo foi minimizar o stress e promover um ambiente favorável ao desenvolvimento do RN. Ao nível dos estímulos, foi reduzida a intensidade de luz, sons/ruídos, manipulações frequentes para criar um ambiente calmo e adequado ao RN. Os procedimentos foram agrupados, como o peso, troca de fralda, banho, alimentação, monitorização, entre outros, de forma a evitar a interrupção do descanso do RN. Quanto à sincronização com ciclos do RN, foi possível alinhar as intervenções com os ciclos de sono e vigília do bebé, respeitando os ritmos naturais e promovendo um desenvolvimento neurológico saudável. Como já referido anteriormente, foi solicitado e incentivado o envolvimento da família e os cuidados individualizados na adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada RN. Os benefícios deste agrupamento de cuidados são muitos e minimizam a dor e o desconforto, promovem melhoria no desenvolvimento neurológico, na estabilidade fisiológica, na redução de tempo de internamento e ainda fortalecimento do vínculo familiar (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2022)

Um dos alicerces deste estágio foi a aplicação do modelo de parceria de cuidados de Casey, que permitiu envolver os pais nos cuidados, de forma a fortalecer a relação terapêutica e promover a parentalidade positiva. Foram realizados ensinamentos e promovida a capacitação parental de técnicas de cuidados, como por exemplo, a massagem terapêutica, banhos, o toque, a redução de ruído e da luz, o contacto de pele-a-pele (método canguru), a alimentação entre outros; a explicação clara e objetiva dos procedimentos (colocação de cateter venoso periférico, colheita de sangue, colocação do RN em *nasal continuous positive airway pressure* (NCPAP), com oxigénio, entre outros, considerando sempre o suporte emocional aos pais. Todos estes fatores foram elementos essenciais para redução do stress e aumento da

confiança nos cuidados prestados ao RN. Neste contexto, assumiu muita importância a comunicação com os pais, um dos pontos mais fortes da prática habitual. Esta é a base e o topo da pirâmide das ações, com um retorno muito positivo, a todos os níveis.

O apoio emocional aos pais de RN em Neonatologia é crucial para a sua saúde mental e para a relação entre pais e filhos. A experiência de ter um bebê prematuro ou gravemente doente pode gerar um sofrimento psicológico significativo, tornando o apoio emocional essencial. Este apoio pode assumir várias formas, incluindo intervenções terapêuticas e estratégias de enfermagem, todas direcionadas para melhorar o bem-estar dos pais e o seu envolvimento com os seus filhos (Bouhyaoui et al., 2024). Os pais frequentemente experienciam ansiedade, culpa e depressão, especialmente as mães, que relatam níveis de stresse mais elevados do que os pais (Padilla-Muñoz et al., 2024). Intervenções como o Programa de Empoderamento Parental têm demonstrado melhorias no estado emocional e na resiliência dos pais, o que indica a importância do apoio emocional estruturado por parte dos enfermeiros (Padilla-Muñoz et al., 2024). O empoderamento dos pais pode reduzir sentimentos de isolamento, reforçando os seus mecanismos de enfrentamento (Jane et al., 2024). As estratégias eficazes de enfermagem incluem cuidados centrados na família, contacto pele-a-pele e programas educativos, para que os pais possam diminuir significativamente o stresse parental. Tais estratégias proporcionam não só o apoio emocional, mas também capacitam os pais a participar ativamente no cuidado dos seus filhos (Maleki et al., 2022). Embora o apoio emocional seja vital, é também essencial reconhecer que nem todos os pais podem ter o mesmo acesso a esses recursos, particularmente em contextos multiculturais. Abordar estas disparidades é crucial para garantir que todos os pais recebam o apoio necessário durante um período tão desafiante (Jane et al., 2024).

A comunicação num ambiente de sensibilidade e alta complexidade como um serviço de neonatologia é essencial ao cuidado prestado ao RN e sua família, o processo requer clareza, empatia, escuta ativa, individualização e transparência. Durante a comunicação com os pais, foram explicados os procedimentos (como por exemplo colheitas de sangue e oxigenoterapia), efetuado o reforço positivo, valorizando sempre o envolvimento dos pais, incentivando continuamente a participação nos cuidados, a amamentação e o método canguru. A comunicação é o alicerce do sucesso da relação entre o enfermeiro e família. Como tal, é crucial o seu apoio e orientação nos cuidados ao RN, informando-a de forma aberta e sincera, utilizando uma linguagem clara, adotando uma atitude flexível e individualizada, que vá ao encontro às necessidades específicas de cada família. O envolvimento/parceria desenvolvido com os pais refletiu bons resultados no vínculo da família e RN. De igual modo, a capacitação dos pais, foi um outro ponto chave na atuação, focando a orientação e o ensino de cuidados específicos, com ênfase na promoção da parentalidade

positiva com o objetivo de transformar os pais em parceiros ativos na assistência ao RN, fortalecendo a sua autonomia e confiança para a continuidade dos cuidados após a alta para o domicílio. Apesar de não ter sido efetuada essa avaliação desta intervenção após a alta para o domicílio, persistiu um feedback positivo por parte dos pais durante o internamento.

Durante o estágio e de forma a atingir os objetivos propostos e desenvolver as competências comuns ao EE e específicas ao EEESIP, foram desenvolvidas várias práticas na minha prestação de cuidados ao RN, entre as quais a promoção de desenvolvimento do RNPT, através do conforto, posicionamento com dispositivos disponíveis no serviço, cuidados de higiene, posicionamentos adequados, alimentação, prevenção/controlo da dor, minimização do ruído e luz. Por outras palavras, com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças no RN, assim como facilitar a adaptação dos pais à nova realidade do seu filho, foram incorporados na prática vários ensinamentos, destacando os seguintes: os benefícios do contacto pele-a-pele; as vantagens da amamentação tanto para a mãe como para o bebé; estratégias de apoio e incentivo ao aleitamento materno; como identificar uma pega eficaz durante a amamentação; sinais de fome no RN; métodos para prevenir dificuldades na amamentação; alimentação por gavagem e biberão; cuidados de higiene e conforto para o RN; troca de fralda; o padrão de eliminação urinária e intestinal; cuidados com o coto umbilical; vestir e despir o RN; medidas preventivas contra acidentes; orientações sobre crescimento, desenvolvimento e sinais de alerta no desenvolvimento do bebé; monitorização dos sinais vitais; estratégias de conforto; gestão do regime terapêutico (quando aplicável); acompanhamento da saúde após a alta hospitalar; como consultar o boletim de saúde infantil e juvenil; transporte seguro do RN; preparação da casa e do enxoval; integração do novo membro na família, entre outros aspetos. Os cuidados de enfermagem foram prestados de acordo com as necessidades dos RN, incluindo: monitorização cardiorrespiratória; preparação e administração de fármacos; cuidados de higiene e conforto; alimentação; vigilância das eliminações; vacinação (VHB); colheita de sangue para diagnóstico de doenças metabólicas ou teste de Guthrie; entubação gástrica; colheitas sanguíneas; cateterismo vesical; ventilação não invasiva; oxigenoterapia; fototerapia; alimentação enteral e parentérica; avaliação do débito urinário e densidade urinária, entre outros.

Também foi possível a prestação de cuidados a RNs com hiperbilirrubinémia, em fototerapia simples. A vigilância de RNs em fototerapia é essencial e os cuidados envolvem manter a maior área possível do corpo exposta, prevenir lesões oculares com óculos de proteção, controlar a temperatura corporal, monitorizar a frequência e características das micções e fezes, além de reduzir os efeitos da separação entre os pais e o RN, incentivando a interação e a amamentação, entre outros cuidados.

Na avaliação dos sinais vitais, a dor é considerada o quinto sinal vital. A avaliação da dor no RN foi determinante, utilizando a Escala EDIN (Escala de Dor e Desconforto do RN), uma ferramenta desenvolvida em França por Debillon e colaboradores (1994) para mensurar a dor prolongada em RN prematuros. Esta escala, de fácil e rápida aplicação, é amplamente utilizada nos cuidados intensivos neonatais, permitindo avaliar todos os tipos de dor. A avaliação é feita através da observação de cinco indicadores comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, interação com os enfermeiros e a capacidade de consolação. Pontuações mais baixas indicam ausência de dor, enquanto pontuações mais altas indicam dor mais intensa. A DGS (2010) refere que a avaliação da dor é fundamental para fornecer cuidados personalizados e avaliar a eficácia do tratamento, identificando precocemente quaisquer desajustes entre o tratamento e a dor experimentada pelo RN. Além disso, o serviço utiliza um protocolo de administração de sacarose, aplicando gotas na cavidade oral do RN antes de procedimentos invasivos, como forma de alívio do desconforto. Quando combinada com contenção e sucção não nutritiva, a sacarose contribui para que o RN se mantenha calmo, sem sinais de desconforto, beneficiando tanto a equipa de saúde como o bebé e os pais.

Neste serviço, os RNs eram provenientes do Bloco de Partos, do Serviço de Obstetrícia e do SUP, sempre que este necessitasse de cuidados especiais, sobretudo para tratamento, reanimação, ventilação assistida, oxigenoterapia, no caso de alguma patologia que implique maior vigilância, para fototerapia intensiva, casos de má evolução ponderal, doença, entre outras condições de saúde. O contacto com esta realidade foi deveras importante, pois contribuiu para a formação profissional na área.

Foi possível observar a articulação do serviço de Neonatologia com outros serviços/instituições de saúde, através da valência de telemedicina, onde existe troca de opiniões e imagens de exame e que permite comunicação e troca de informação de diagnóstico para orientação e tratamento, prevenção de doenças e investigação. Esta modalidade é usada para otimizar a acessibilidade aos cuidados quando não existe a especialidade no serviço. A telemedicina surgiu como uma ferramenta essencial na Neonatologia, melhorando a ligação entre as redes de saúde e os serviços de apoio. A sua implementação facilita o acesso atempado a cuidados especializados, possibilita que os profissionais de saúde tenham acesso a aconselhamento especializado, o que é fundamental para situações de emergências neonatais (Makkar et al., 2020)

Um dos objetivos iniciais, transversal a todos os estágios, era desenvolver uma prática de cuidados que respeitasse os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, referido no Regulamento n.º 140/2019, como sendo uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. Neste

sentido foi feito jus aos padrões de qualidade, da Ordem dos Enfermeiros (2017, p.3), estabelecidos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

“que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível”.

Nunes (2020, p.67) refere que “a ética de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica realiza julgamento sobre problemas (...) face aos valores, crenças e sentimentos dos atores morais envolvidos, procurando respostas mais adequadas, compassivas e equitativas”. Por conseguinte, a prestação de cuidados pautou-se sempre pelo respeito pelas crenças dos pais e pelo dever de sigilo, evitando juízos de valor, recorrendo, muitas vezes, a reflexões em equipa e com a enfermeira tutora.

No âmbito do desenvolvimento de competências na gestão de recursos humanos e materiais de serviço, foi permitido colaborar na reposição de material e na verificação do carro de emergência do serviço. Todavia, não existiu a oportunidade de realizar pedidos de material nem de roupa. Foram discutidos e apreendidos novos conhecimentos sobre algumas das atividades desenvolvidas e observadas no estágio, como o correto posicionamento e o conforto do RN prematuro, a contenção do RN com equipamentos disponíveis no serviço, preparação e administração de alimentação parentérica, a correta monitorização da ventilação mecânica, a aspiração de secreções e lavagem nasal. Estas atividades permitiram desenvolver competências especializadas a este nível. No decorrer do estágio, não existiu a oportunidade de observar um RN com ventilação invasiva.

Foi também foco da atuação, tal como já referido precedentemente, o incentivo ao Método Canguru, que se trata da posição canguru, um momento em que o RN é retirado da incubadora e colocado entre as mamas da mãe ou no peito do pai, devendo estar só de fralda em posição vertical com o tórax e o abdómen em contacto pele a pele. A promoção desta técnica é a humanização dos cuidados e propiciar condições para uma recuperação mais rápida do RN e, conseqüentemente, maior tranquilidade e satisfação à família e conforto ao RN. Este método consiste num modelo de cuidados para o RN prematuro e família, internados em Neonatologia, com foco no cuidado humanizado e estratégias de intervenção biopsicossociais. Envolve colocar o bebé em posição vertical, com o peito em contato direto com o peito da mãe ou do pai, promovendo o contacto pele a pele. Os benefícios desse método são numerosos para o bebé e seus pais, como: o fortalecimento dos vínculos afetivos

entre mãe-bebé e pai-bebé, redução do tempo de separação entre os pais e o bebé, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento neurocomportamental e psicoafectivo do RN, estimulação sensorial adequada, diminuição do stresse e da dor, promoção da calma e relaxamento para ambos os pais e o bebé, maior controlo térmico do bebé e o aumento da competência e confiança dos pais no cuidado ao seu filho (OE, 2020).

A família das crianças internadas em Serviço de Neonatologia, em especial a mãe e o pai, apresentam um conjunto de necessidades específicas e de apoio. Ter um filho na UCIN está associado a um stresse emocional intenso, tanto para as mães como para os pais. No entanto, com o apoio adequado da equipa de saúde, este stresse pode ser reduzido significativamente. Como suporte e exemplo desta experiência, existe uma revisão integrativa, elaborada por Adama e colaboradores (2022), cujo objetivo foi explorar a evidência disponível para descrever e compreender as necessidades de apoio dos pais de bebés na UCIN. Os resultados fizeram emergir seis temáticas que demonstram as necessidades de apoio dos pais na UCIN: 1. necessidades de informação; 2. Profissionais de saúde com elevada capacidade de inteligência emocional; 3. apoio prático; 4. apoio direcionado; 5. Suprimento das necessidades emocionais; 6. Suprimento das necessidades práticas. As evidências deste estudo corroboram o vivenciado em estágio, uma vez que a compreensão e o apoio dos profissionais em relação aos pais e a estas necessidades aumentam a sua satisfação e melhoram os resultados em termos de saúde dos pais, dos bebés e das suas famílias, em geral. Pode-se afirmar que os pais de bebés na UCIN necessitam do apoio do EEESIP para melhorar as suas experiências, o seu bem-estar, os seus cuidados e a sua confiança durante a admissão e após a alta. Os pais têm uma necessidade constante de apoio informativo, emocional e prático, o desenvolvimento profissional contínuo do EEESIP, que deve colocar a tónica em estratégias de comunicação eficazes, reforçando a inteligência emocional e a empatia entre todos os elementos da equipa multiprofissional, pois só desta é possível estabelecer relações positivas e contínuas com os pais e prestar apoio direcionado aos mesmos. Foi possível observar que os pais de RN internados em Neonatologia enfrentam uma realidade emocional e fisicamente desafiante, necessitando de apoio contínuo para lidar com o stresse e a ansiedade gerados pela situação. A separação do seu filho, a incerteza quanto ao seu estado de saúde e a complexidade dos cuidados podem causar sentimentos de impotência e medo. Assim, foi fundamental, em colaboração com a equipa de saúde, reconhecer essas necessidades e oferecer-lhes apoio emocional, criando um ambiente que favorecesse a inclusão dos pais no processo de cuidados, o que incluiu a sua presença ativa no cuidado do bebé, sempre que possível, como o contacto pele a pele, que não só fortalece os laços afetivos como também beneficia o desenvolvimento do bebé. Foi também essencial dar aos pais informações claras e compreensíveis sobre o estado de saúde do bebé e acerca

das intervenções realizadas. O apoio psicológico e o acolhimento das emoções dos pais, bem como a promoção da sua participação nas decisões, ajudaram a fortalecer a confiança e o vínculo familiar, contribuindo para o bem-estar do RN e dos próprios pais. Portanto, primei por uma abordagem integral, tão crucial para a recuperação não só do bebé, mas também para o processo de adaptação e enfrentamento dos pais nesta fase difícil.

Neste serviço existe um procedimento para a alta segura, que segue as seguintes orientações se RN é de termo saudável, segue a política do hospital à data de alta (verifica-se o sistema de retenção, forneça material informativo (folheto) e realiza-se ensinamentos. Se o RN <2500 gramas, se prematuro <37 semanas, se patologia respiratória ou neurológica, faz-se o teste de apneia do RN no sistema de retenção próprio levado pelos pais, consiste em monitorizar os RN de risco, nomeadamente pré-termo. São colocados no sistema de retenção, para despiste de episódios de apneia, bradicardia e diminuição de saturação periférica de oxigénio. Este procedimento é eficaz na identificação e despiste de imaturidade respiratória e instabilidade hemodinâmica na posição de sentado. Este teste é realizado após >48 horas após o nascimento ou antes da alta. Assim que se preveja que o RN tenha alta clínica, é realizado 30 minutos após a refeição e tem uma duração de 90-120 minutos. Se não apresentar risco, verifica-se o sistema de retenção, fornece-se material informativo (folheto) e realizam-se ensinamentos. Se for necessário, repete-se após 48 horas e se passar verifica-se o sistema de retenção, fornecendo sempre material informativo (folheto) e realização de ensinamentos. Caso ocorra compromisso e que não tenha passado no teste, mantém-se a vigilância e investiga-se. Os critérios de risco/compromisso são: apneia >20 segundos, dessaturação (SPO₂<90%)>10 segundos e bradicardia (<80 batimentos por minuto)> 10 segundos.

Foi permitido participar nos diversos rastreios realizados: vacinação, rastreio auditivo neonatal universal (RANU), rastreio neonatal universal do reflexo ao olho vermelho (RVO) rastreio neonatal universal das cardiopatias congénitas por oximetria do pulso (RNUCCC), programa de diagnóstico precoce.

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNRN) realiza, desde 1979, testes de rastreio em todos os RN de algumas doenças graves, o denominado “teste do pezinho”. Estes testes possibilitam identificar as crianças que sofrem de doenças, quase sempre genéticas, como a fenilcetonúria ou o hipotireoidismo congénito, que podem beneficiar de tratamento precoce. Os resultados deste rastreio têm sido muito positivos. Mais de 1600 crianças foram rastreadas e tratadas logo nas primeiras semanas de vida, em centros de tratamento especializados, evitando-se graves problemas de saúde. Todas as análises laboratoriais do PNRN são feitas num único laboratório, a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, do Departamento de Genética Humana, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, no Porto (2025). Assim, no âmbito do PNRN, em todas as Maternidades e

Hospitais foi atualizada a estratégia de colheitas para o Hipotiroidismo Congénito nos RNPT com idade gestacional ≤ 32 semanas e/ou peso ≤ 1500 gramas. O rastreio de Hipotiroidismo Congénito é executado utilizando a Hormona Estimulante da Tiróide como marcador primário.

Na figura 2 encontra-se representado o algoritmo atualmente utilizado no rastreio neonatal do Hipotiroidismo Congénito (Ministério da Saúde, 2024).

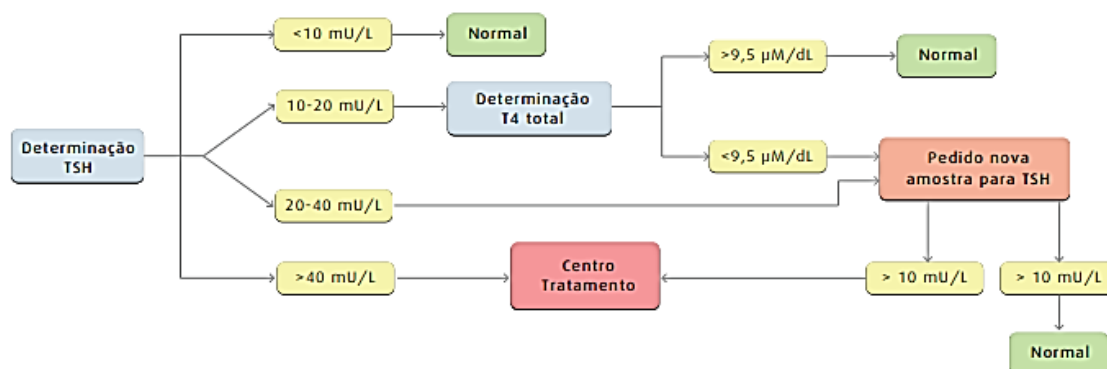


Figura 2. Algoritmo utilizado no rastreio neonatal do Hipotiroidismo Congénito.

Fonte: Ministério da Saúde (2024). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP Programa Nacional de Rastreio Neonatal: relatório 2023/Comissão Executiva do Programa; Laura Vilarinho, Paula Garcia, Paulo Pinho e Costa. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, p. 27

De acordo com a mesma fonte supracitada, em 2023 foram detetados 52 casos sugestivos de Hipotiroidismo Congénito. Dos quais, oito casos foram considerados hipotiroidismos transitórios, obtendo-se um total de casos confirmados de 44. Foram confirmados os casos detetados ao rastreio e que mantinham terapia hormonal, discutidos os casos que se constataram ser transitórios e avaliados os casos duvidosos, constituídos essencialmente por grandes prematuros ou RN gravemente doentes (Ministério da Saúde, 2024).

Seguindo as recomendações do serviço, foi exequível colocar em prática, no serviço no âmbito de atualização do protocolo do programa nacional de rastreio neonatal para o rastreio de hipotiroidismo congénito em RNPT com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou com peso inferior a 1500 gramas. Estabelece um esquema de 4 a 5 colheitas de sangue em momentos específicos. RNPT: 1ª colheita entre o 3º e o 6º dia de vida, 2ª colheita entre o 14º e o 15º dia, 3ª colheita entre a 4ª e a 5ª semana de vida. RNs com idade gestacional de 27 a 30 semanas: 4ª colheita as 36 semanas de idade gestacional ou no momento da alta (o que ocorrer primeiro). No caso de RNs com menos de 27 semanas: 4ª colheita, às 32 semanas de idade gestacional e a 5ª colheita às 36 semanas de idade gestacional ou no

momento da alta (o que ocorrer primeiro). O objetivo é evitar falsos negativos devido a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-tiróide em RNPT.

Por tudo o que foi descrito e refletido criticamente, o balanço final deste estágio foi muito positivo. Permitiu adquirir novos conhecimentos e aprofundar outros. Foi muito enriquecedor pela partilha de conhecimentos, sendo importante valorizar as diferentes experiências de cada um e admitir que existem sempre pequenas arestas a limar. Só, assim, será possível prestar cuidados de qualidade progressiva e de excelência, num patamar superior.

Parte II – Trabalho de Investigação

4 – Enquadramento Teórico e Justificação

A exposição a ecrãs na primeira infância tem um impacto negativo na saúde das crianças, tendo sido associada a uma maior prevalência de violência e agressão, dificuldades de aprendizagem e fraco desempenho escolar e obesidade. A relação entre a exposição aos ecrãs e o aumento de peso está documentada em crianças e adolescentes. Três mecanismos que explicam os efeitos do tempo de ecrã na obesidade (Rodrigues et al., 2021). Em primeiro lugar, este comportamento sedentário reduz o tempo que as crianças passam em atividades físicas mais ativas que promovem o gasto de energia; em segundo lugar, como resultado do *marketing* e da publicidade dos alimentos, promove o consumo de alimentos, nomeadamente porções maiores de alimentos, aumento consumo de alimentos de elevada densidade, ricos em gordura, açúcares livres ou sal e a diminuição do consumo de frutas e legumes (Rodrigues et al., 2021). Por último, a redução da duração do sono também tem sido associada à exposição a ecrãs, ao consumo excessivo de energia e obesidade (Rodrigues et al., 2021). A privação do sono pode causar alterações nas hormonas reguladoras do apetite e aumentar a fome e hipóteses comportamentais como “menos sono e mais tempo para comer” têm sido discutidas (Patel & Hu, 2008, p. 644).

Como sustentam Figueira e seus colaboradores (2023), as evidências mostram que muitas crianças não cumprem as recomendações de tempo de ecrã. De acordo com o Inquérito Nacional de Alimentação, Nutrição e Atividade Física em 2015 e 2016 em Portugal, 37% das crianças e jovens com idades entre os 3 e 14 anos passavam mais de 2 horas por dia nos dias úteis a ver televisão e essa prevalência aumentava para 71% nos fins de semana (Rodrigues et al., 2021). Além disso, dados de crianças portuguesas dos três aos quatro anos de idade mostraram que as crianças passam em média 92 minutos por dia durante a de semana e 167 minutos por dia nos fins de semana a utilizar dispositivos de digitais com ecrã (Rodrigues et al., 2021).

Mais recentemente, Figueira e colaboradores (2023) realizaram um estudo para verificar se o tempo de ecrã está associado a comportamentos alimentares não saudáveis e à obesidade, com uma amostra de 4531 crianças dos quatro aos sete anos de idade, pertencentes à coorte de nascimentos Geração XXI (Porto, Portugal). O tempo de ecrã foi avaliado durante a semana e ao fim de semana. Entre as crianças, 31,5% diminuíram o tempo de ecrã, 21,8% aumentaram-no, 16,5% mantiveram um tempo de ecrã baixo (60 minutos) e 30,2% mantiveram um tempo de ecrã elevado (entre 61 e 120 minutos ou superior a 120 minutos). O aumento do tempo de ecrã esteve associado a uma menor escolaridade materna

e a rendimentos familiares reduzidos. As crianças que aumentaram o tempo de ecrã ou mantiveram elevado tempo de ecrã apresentaram maiores probabilidades de seguirem um padrão dietético de *Snacking* aos sete anos. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para outras variáveis analisadas.

Embora as atividades de elevada qualidade nos ecrãs satisfaçam algumas necessidades educativas e de entretenimento, a exposição prolongada aos ecrãs digitais pode ser prejudicial para a saúde física, as competências cognitivas e o desenvolvimento psicossocial das crianças. Por conseguinte, o tempo de utilização dos ecrãs na infância deve ser gerido, ponderando os riscos e os benefícios. A Academia Americana de Pediatria recomenda que as crianças com menos de 18-24 meses de idade nunca utilizem meios de ecrã, enquanto as crianças mais velhas não devem utilizar estes meios durante mais de uma hora por dia (Council on Communication and Media, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019), as crianças durante o primeiro ano de vida não devem ser expostas a ecrãs digitais. O tempo de ecrã para crianças dos dois aos cinco anos não deve exceder uma hora por dia. A Sociedade Canadiana de Pediatria publicou recomendações semelhantes, afirmando que as crianças com menos de dois anos de idade não devem utilizar ecrãs e que as crianças com idades compreendidas entre os dois e os cinco anos devem ter um tempo de ecrã limitado a menos de uma hora por dia (Canadian Paediatric Society, 2017). As diretrizes publicadas pelo Departamento de Saúde australiano para crianças com mais de cinco anos recomendam que o tempo de ecrã recreativo não deve exceder duas horas por dia (Okely et al., 2017). As recomendações alemãs aconselham a redução do tempo de ecrã ao mínimo. Os bebés e as crianças pequenas não devem utilizar dispositivos eletrónicos; as crianças em idade pré-escolar devem ter um tempo de ecrã limitado a 30 minutos diários; as crianças do ensino básico devem ter um tempo limitado a 60 minutos diários e os adolescentes devem ter um tempo limitado a 120 minutos diários (Royal College of Pediatrics and Child Health, 2018).

No Quadro 4 apresenta-se as principais recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2024) para a dualização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica.

Quadro 4. Principais recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a dualização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica

Idade	Tempo de ecrã	Conteúdo	Contexto	Refeições	Sono
0 – 3 anos	Evitar (exceto videochamadas) < 30 min TV/dia	Seleção exclusiva por adulto, não permitindo que a criança mude de canal ou vídeo, ainda que seja anunciado como “conteúdo educativo”	Visualização sempre acompanhada por adulto, em interação com a criança		
4 – 6 anos	< 30 min/dia		Não utilizar ecrãs para controlar birras ou para evitar que a criança se aborreça	Nunca	Nunca

Fonte: Adaptado de Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2024, s.p.) Recomendações SPNP ecrãs e tecnologia digital, <https://neuropediatria.pt/recomendacoes-snp-ecras-e-tecnologia-digital/>

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2024, s.p.), muitas crianças ultrapassam essas recomendações. Revela que 73,1% das crianças entre três e cinco anos excedem uma hora diária de tempo de ecrã durante a semana, aumentando para 93,7% nos fins de semana, com uma média diária de 154 minutos. Estabelecer limites adequados para o uso de ecrãs é essencial para garantir o desenvolvimento saudável das crianças, equilibrando-o com outras atividades fundamentais como brincar, estudar, interagir socialmente e dormir.

A exposição prolongada ao tempo de ecrã tem vários efeitos negativos na saúde das crianças, com um dos principais sendo o aumento do risco de sobrepeso e obesidade. De acordo com as diretrizes sobre atividade física para crianças, o tempo de ecrã está frequentemente relacionado ao comportamento sedentário (Rocka et al., 2022).

A obesidade é um dos efeitos mais bem documentados da exposição prolongada ao tempo de ecrã nas crianças. Vários estudos observacionais revelaram uma associação entre a exposição excessiva ao tempo de ecrã e o aumento do risco de obesidade. Ensaios clínicos randomizados realizados para reduzir o tempo de ecrã em contextos comunitários demonstraram uma diminuição no ganho de peso das crianças, indicando uma relação de causa e efeito (Mineshita et al., 2021).

As evidências atuais sugerem que a exposição excessiva ao ecrã contribui para a obesidade infantil de várias formas, incluindo o aumento da ingestão alimentar durante o tempo de ecrã, a exposição ao *marketing* de alimentos e bebidas com alto teor calórico e baixo valor nutricional, que influencia as preferências alimentares das crianças, o sedentarismo e a diminuição da duração do sono. O controlo do sobrepeso e da obesidade

nas crianças é fundamental para a prevenção precoce de doenças crônicas não transmissíveis. A exposição prolongada ao tempo de ecrã, ao reduzir a atividade física, pode aumentar o risco de sobrepeso e obesidade (Gomes et al., 2024).

Fang et al. (2019) realizaram uma revisão sistemática de estudos de prevalência para avaliar a relação entre o tempo de ecrã e o sobrepeso/obesidade em crianças. A metanálise mostrou que as crianças que passavam mais de duas horas por dia em frente ao ecrã apresentavam um risco maior de sobrepeso/obesidade quando comparadas com aquelas que passavam menos de duas horas diárias. A análise dos subgrupos indicou uma associação positiva entre os diferentes tipos de tempo de ecrã e o sobrepeso/obesidade nas crianças. Com base nestes resultados, os autores concluíram que o aumento do tempo de ecrã pode ser um fator de risco para o ganho de peso excessivo e obesidade nas crianças.

A exposição excessiva aos ecrãs tem um impacto negativo em muitos indicadores de saúde das crianças, como o desenvolvimento motor, cognitivo e socioemocional, a qualidade do sono, o desenvolvimento da linguagem e a literacia (Lin et al., 2015). A literatura mostra que o maior tempo de ecrã para crianças foi associado ao aumento da adiposidade, além de estar ligado a uma maior ingestão de calorias e a uma menor qualidade nutricional da dieta. Além disso, a exposição ao ecrã permite o acesso ao *marketing* e à publicidade dos alimentos, o que tem um impacto direto nas preferências e comportamentos alimentares. Além disso, os alimentos ultraprocessados são mais veiculados nos canais da televisão (Rocha et al., 2021; Costa et al., 2021).

Face ao exposto, considerou-se importante realizar uma *scoping review* para verificar se existe associação entre o padrão alimentar e o tempo de ecrã em crianças pré-escolares, um tema de extrema pertinência, sobretudo tendo em conta o contexto atual de crescente exposição das crianças pré-escolares a dispositivos digitais. O EEESIP deve alertar os pais/cuidador principal para os riscos associados ao tempo excessivo de ecrã, incluindo os efeitos negativos no desenvolvimento físico e psicológico das crianças. O aumento do tempo dedicado ao uso de ecrãs, associado a uma vida cada vez mais sedentária, tem sido relacionado com o aumento do risco de obesidade infantil, que, *per se*, é uma preocupação crescente em saúde pública. A infância, especialmente a faixa etária pré-escolar, é um período crítico para o desenvolvimento de hábitos alimentares e comportamentos relacionados com a saúde. Nessa fase, as crianças são extremamente suscetíveis às influências ambientais, sendo que o padrão alimentar é moldado por fatores familiares e externos, como a publicidade de alimentos e bebidas não saudáveis exibida nos meios digitais. Além disso, o tempo de ecrã pode ser um fator que modifica a perceção das crianças sobre os alimentos, com um aumento na ingestão de alimentos ultraprocessados, muitas vezes associados a opções calóricas e de baixo valor nutricional.

A investigação sobre padrão alimentar e a sua relação com o tempo de ecrã em crianças pré-escolares assume, assim, uma grande relevância. Entender como o tempo gasto em ecrãs pode influenciar os hábitos alimentares das crianças nesta faixa etária é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes, quer a nível familiar quer comunitário, com vista à promoção de comportamentos saudáveis. Portanto, a questão de investigação que se propõe, sobre a existência de uma relação entre o tempo de ecrã em idade pré-escolar e o padrão alimentar, é fundamental para compreender as dinâmicas envolvidas e para contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que favoreçam a saúde das crianças nesta fase crucial do seu crescimento. A realização deste estudo, permitirá uma análise detalhada das variáveis envolvidas e fornecerá insights valiosos para a promoção de hábitos saudáveis desde a primeira infância.

5 – Metodologia

A presente revisão teve por base as diretrizes preconizadas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), destacando a relevância do rigor metodológico na condução da mesma (Peters et al., 2020) e foi suportada pelo modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021).

5.1 – Tipo de estudo

A *Scoping Review* (ScR) é reconhecida como uma modalidade de revisão sistemática da literatura, sendo atualmente uma ferramenta essencial para o desenvolvimento da enfermagem baseada na evidência (Amendoeira et al., 2021). O cenário da saúde e os cuidados associados têm-se tornado cada vez mais complexos, o que reforça a necessidade de abordagens metodológicas diferenciadas, além das revisões tradicionais (Pollock et al., 2024). Nesse contexto, a ScR surgiu como uma forma de revisão que permite uma avaliação inicial da revisão e da profundidade da literatura existente, ao reconhecer a natureza e a abrangência das evidências disponíveis (Pollock et al., 2024). Este tipo de revisão oferece uma perspectiva ampla sobre um tema, área, conceito ou questão específica, integra dados de diferentes metodologias (Munn et al., 2022; Silva et al., 2024).

O protocolo desta ScR foi registado prospetivamente no *Open Science Framework* (OSF) (<https://osf.io/f5vug/>). O planeamento prévio de uma ScR é a base para a condução de um processo transparente, evitando ao máximo a possibilidade de viés (Peters et al., 2020). Como tal, o protocolo, previamente estabelecido, possibilitou aclarar os objetivos do estudo, a metodologia, os critérios de elegibilidade, o modo de extração de dados e a sua apresentação. Para a sua concretização, foi feito um mapeamento e síntese da evidência existente sobre a temática em estudo, enunciando os principais conceitos, teorias, tipos de estudos/fontes e *gaps*.

5.2 – Questão de revisão

A definição da questão de revisão é uma etapa fundamental, que orienta o processo de seleção dos estudos, extração de dados, mapeamento das evidências e interpretação dos seus resultados (Apóstolo, 2017). A construção e formulação dessa questão seguiram um formato estruturado, com base na estratégia População (P), Conceito (C) e Contexto (C)

(Apóstolo, 2017; Silva et al., 2024), conforme ilustrado no Quadro 5.

Quadro 5. Matriz PCC

Mnemónica	
P (Participantes)	Crianças pré-escolares
C (Conceito)	Relação entre o tempo de ecrã e o padrão alimentar
C (Contexto)	Cuidados de saúde infantil e/ou pediátricos

Tendo por base a estratégia PCC supramencionada, formulou-se a questão de revisão seguinte: **“Qual a relação entre o tempo de ecrã em crianças pré-escolares e o padrão alimentar?”**

5.3 – Objetivos

Mediante o exposto, esta ScR teve como objetivo principal mapear a evidência científica disponível sobre a relação entre o tempo de ecrã em crianças pré-escolares e o padrão alimentar. Mais especificamente, verificar se o tempo de ecrã se relaciona com os padrões alimentares pouco saudáveis ou alterações no comportamento alimentar em crianças pré-escolares; averiguar os impactos do tempo de ecrã no consumo alimentar, preferências alimentares e horários das refeições em crianças pré-escolares.

5.4 – Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade estabelecem quais os estudos, os artigos e os participantes adequados ou não para a inclusão na pesquisa, assegurando uma seleção que seja coerente, imparcial e compatível com os objetivos definidos previamente. É fundamental que haja uma definição precisa e objetiva dos critérios de inclusão, fundamentados nos conceitos-chave relevantes para a revisão (Silva et al., 2024). Neste pressuposto, definiram-se os critérios de inclusão e exclusão (Quadro 6), baseados na dimensão da questão de revisão, tendo em conta a matriz PCC. Por conseguinte, foram considerados elegíveis estudos/artigos cuja população fossem crianças pré-escolares (População), que identificassem a relação entre o tempo de ecrã e o padrão alimentar (Conceito), no âmbito dos cuidados de saúde infantil e/ou pediátricos (Contexto).

Quadro 6. Critérios de elegibilidade

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P (População)	Crianças pré-escolares	Crianças que não se encontrem em idade pré-escolar
C (Conceito)	Tempo de ecrã vs. padrão alimentar	Estudos que abordem apenas o tempo de ecrã sem a sua associação com o padrão alimentar; estudos focados apenas noutros comportamentos (ex. sono, atividade física)
C (Contexto)	Cuidados de saúde infantil e/ou pediátricos	Cuidados fora do âmbito da saúde infantil e/ou pediátricos.

5.5 – Tipos de fontes de evidência

A seleção das fontes de informação deve abranger toda a literatura relevante para a questão de pesquisa, com a definição prévia dos tipos de estudos a serem incluídos, para garantir a coerência metodológica e a transparência na revisão (Aromataris et al., 2024). Os revisores podem aplicar critérios específicos para limitar ou expandir a ScR, direcionando a pesquisa para os estudos que melhor atendem aos objetivos. A aplicação de limites na tipologia das fontes contribui para uma seleção mais precisa da evidência, evitando a inclusão de literatura irrelevante (Aromataris et al., 2024). Esta ScR incluiu estudos primários de diferentes tipos, como quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. A literatura cinzenta, teses e dissertações, também foi considerada. Optou-se por excluir resumos de conferências e apresentações orais. A avaliação da qualidade metodológica não foi realizada, porquanto não é obrigatória numa ScR, que visa mapear a evidência científica sem hierarquizar ou classificar criticamente os estudos (Nadal et al., 2020).

5.6 – Estratégia de pesquisa

Para garantir uma identificação rigorosa da literatura relevante, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa trifásica, conforme os princípios metodológicos do JBI (Silva et al., 2024). O objetivo foi localizar estudos publicados e não publicados, com restrições de idiomas (inglês, português e espanhol), mas não temporais, geográficas ou culturais. Foram ainda excluídos os estudos sem acesso ao texto integral as bases de dados selecionadas.

Na primeira fase, em 29 de novembro de 2024, realizou-se uma pesquisa preliminar em duas bases de dados (PubMed e b-On) para identificar as palavras mais frequentes em títulos e resumos relacionados ao tema. Analisaram-se os termos de indexação para construir

uma estratégia de pesquisa sólida. Esta pesquisa inicial permitiu elaborar uma expressão de pesquisa personalizada, utilizando descritores e qualificadores do *Medical Subject Headings* (MeSH) e operadores booleanos (AND e OR).

Numa segunda fase, também em 29 de novembro de 2024, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados selecionadas, recorrendo aos termos de indexação identificados. No total, foram recuperados 390 artigos, distribuídos pelas seguintes bases de dados: b-On (150 artigos), CINAHL Complete (84 artigos), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (2 artigos) e PubMed (154 artigos). As estratégias de pesquisa realizada nas referidas bases de dados encontram-se no Quadro 7.

Quadro 7. Estratégia de pesquisa por base de dados

Base de dados	Expressão de pesquisa	Registos obtidos
b-On	("feeding behavior"[MeSH Terms] OR "feeding behavior"[Title/Abstract] OR "diet habits"[Title/Abstract] OR "dietary habits"[Title/Abstract] OR "eating behavior"[Title/Abstract] OR "eating habits"[Title/Abstract] OR "feeding patterns"[Title/Abstract] OR "feeding related behavior"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviors"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviour"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviours"[Title/Abstract] OR "feeding behaviour"[Title/Abstract] OR "eating behaviour"[Title/Abstract] OR "food habits"[Title/Abstract]) AND ("screen time"[MeSH Terms] OR "screen time"[Title/Abstract] OR "screentime"[Title/Abstract]) AND ("child, preschool"[MeSH Terms] OR "child preschool"[Title/Abstract] OR "preschool child"[Title/Abstract] OR "preschool children"[Title/Abstract] OR "children preschool"[Title/Abstract]) AND "feeding behavior" OR "diet habits" OR "dietary habits" OR "eating behavior" OR "eating habits" OR "feeding patterns" OR "feeding related behavior" OR "feeding related behaviors" OR "feeding related behaviour" OR "feeding related behaviours" OR "feeding behaviour" OR "eating behaviour" OR "food habits" AND "screen time" OR "screentime" AND "child preschool" OR "preschool child" OR "preschool children" OR "children preschool"	150
CINAHL complete	("feeding behavior"[MeSH Terms] OR "feeding behavior"[Title/Abstract] OR "diet habits"[Title/Abstract] OR "dietary habits"[Title/Abstract] OR "eating behavior"[Title/Abstract] OR "eating habits"[Title/Abstract] OR "feeding patterns"[Title/Abstract] OR "feeding related behavior"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviors"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviour"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviours"[Title/Abstract] OR "feeding behaviour"[Title/Abstract] OR "eating behaviour"[Title/Abstract] OR "food habits"[Title/Abstract]) AND ("screen time"[MeSH Terms] OR "screen time"[Title/Abstract] OR "screentime"[Title/Abstract]) AND ("child, preschool"[MeSH Terms] OR "child preschool"[Title/Abstract] OR "preschool child"[Title/Abstract] OR "preschool children"[Title/Abstract] OR "children preschool"[Title/Abstract]) AND "feeding behavior" OR "diet habits" OR "dietary habits" OR "eating behavior" OR "eating habits" OR "feeding patterns" OR "feeding related behavior" OR "feeding related behaviors" OR "feeding related behaviour" OR "feeding related behaviours" OR "feeding behaviour" OR "eating behaviour" OR "food habits" AND "screen time" OR "screentime" AND "child preschool" OR "preschool child" OR "preschool children" OR "children preschool"	84
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	("feeding behavior"[MeSH Terms] OR "feeding behavior"[Title/Abstract] OR "diet habits"[Title/Abstract] OR "dietary habits"[Title/Abstract] OR "eating behavior"[Title/Abstract] OR "eating habits"[Title/Abstract] OR "feeding patterns"[Title/Abstract] OR "feeding related behavior"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviors"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviour"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviours"[Title/Abstract] OR "feeding behaviour"[Title/Abstract] OR "eating behaviour"[Title/Abstract] OR "food habits"[Title/Abstract]) AND "screen time" OR "screentime" AND "child preschool" OR "preschool child" OR "preschool children" OR "children preschool"	2

	<p>"eating behaviour"[Title/Abstract] OR "food habits"[Title/Abstract] AND ("screen time"[MeSH Terms] OR "screen time"[Title/Abstract] OR "screentime"[Title/Abstract]) AND ("child, preschool"[MeSH Terms] OR "child preschool"[Title/Abstract] OR "preschool child"[Title/Abstract] OR "preschool children"[Title/Abstract] OR "children preschool"[Title/Abstract]) AND "feeding behavior" OR "diet habits" OR "dietary habits" OR "eating behavior" OR "eating habits" OR "feeding patterns" OR "feeding related behavior" OR "feeding related behaviors" OR "feeding related behaviour" OR "feeding related behaviours" OR "feeding behaviour" OR "eating behaviour" OR "food habits" AND "screen time" OR "screentime" AND "child preschool" OR "preschool child" OR "preschool children" OR "children preschool"</p>	
Pubmed	<p>#5 Search: #2 AND #3 AND #4 Sort by: Publication Date ("feeding behavior"[MeSH Terms] OR "feeding behavior" [Title/Abstract] OR "diet habits"[Title/Abstract] OR "dietary habits" [Title/Abstract] OR "eating behavior"[Title/Abstract] OR "eating habits"[Title/Abstract] OR "feeding patterns"[Title/Abstract] OR "feeding related behavior"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviors"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviour" [Title/Abstract] OR "feeding related behaviours"[Title/Abstract] OR "feeding behaviour"[Title/Abstract] OR "eating behaviour" [Title/Abstract] OR "food habits"[Title/Abstract]) AND ("screen time" [MeSH Terms] OR "screen time"[Title/Abstract] OR "screentime" [Title/Abstract]) AND ("child, preschool"[MeSH Terms] OR "child preschool"[Title/Abstract] OR "preschool child"[Title/Abstract] OR "preschool children"[Title/Abstract] OR "children preschool" [Title/Abstract])</p> <p>#4 Search: "child, preschool"[MeSH Terms] OR child preschool[Title/Abstract] OR preschool child[Title/Abstract] OR preschool children[Title/Abstract] OR "children preschool" [Title/Abstract]</p> <p>#3 Search: "screen time"[MeSH Terms] OR screen time[Title/Abstract] OR "screentime"[Title/Abstract]</p> <p>#2 Search: "feeding behavior"[MeSH Terms] OR "feeding behavior" [Title/Abstract] OR "diet habits"[Title/Abstract] OR "dietary habits"[Title/Abstract] OR "eating behavior"[Title/Abstract] OR "eating habits"[Title/Abstract] OR "feeding patterns" [Title/Abstract] OR "feeding related behavior"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviors"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviour"[Title/Abstract] OR "feeding related behaviours" [Title/Abstract] OR "feeding behaviour"[Title/Abstract] OR "eating behaviour"[Title/Abstract] OR "food habits" [Title/Abstract]</p>	154

5.7 – Seleção de Estudos

Após a pesquisa efetuada nas bases de dados previamente descritas, um total de 390 artigos foi obtido e exportado para o *software* de gestão de seleção *Rayyan* (Qatar Computing Research Institute), o qual permitiu, antes da triagem, eliminar os artigos duplicados. Os resultados obtidos durante o processo de seleção dos estudos foram definidos e esquematizados na Figura 3.

Dois revisores independentes (VC e LC) procederam à leitura e à seleção dos artigos, por título e resumo, aplicando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e as fontes selecionadas. Os mesmos revisores analisaram também os artigos considerados elegíveis, mediante leitura do texto integral.

Numa terceira fase, realizou-se a pesquisa de estudos adicionais relevantes, identificados nas referências bibliográficas dos estudos incluídos na revisão. Novamente, os dois revisores independentes procederam à leitura e à seleção desses artigos, por título e resumo, aplicando os critérios de elegibilidade. Foi igualmente realizada a análise dos artigos para elegibilidade, através da leitura integral. Em todas as etapas, tanto de triagem como de inclusão, sempre que ocorreram divergências não resolvidas entre os revisores, incluiu-se um terceiro revisor (IL) para decisão final.

O processo de seleção de estudos para a presente ScR seguiu as diretrizes do modelo PRISMA-ScR, estruturado em três fases fundamentais: identificação, triagem e inclusão.

Na fase de identificação, foram recuperados 390 registos a partir de quatro bases de dados científicas: b-On (n=150), CINAHL Complete (n=84), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n=2) e PubMed (n=154). Após a exportação dos resultados para o software Rayyan, especializado na gestão de revisões sistemáticas, eliminaram-se 193 registos duplicados, originando um total de 197 artigos únicos para triagem.

Durante a fase de triagem, procedeu-se à leitura do título e/ou resumo dos 197 artigos, com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Desta análise preliminar, 86 artigos foram excluídos, 29 por não cumprirem os critérios no título e 57 no resumo, sendo, por conseguinte, 111 artigos seleccionados para leitura integral com vista à avaliação da elegibilidade.

Na fase de elegibilidade, os textos completos dos 111 artigos foram analisados de forma criteriosa pelos dois revisores independentes. Como resultado, 84 artigos foram excluídos pelos seguintes motivos: 22 por não se adequarem ao conceito central da ScR, 56 por apresentarem populações alvo distintas das definidas, três por não disponibilizarem o texto integral, dois por incompatibilidade linguística e um por se tratar de uma reedição de estudo previamente considerado.

Após este processo sistemático, 27 artigos cumpriram todos os critérios estabelecidos e foram incluídos na presente ScR. O fluxo completo do processo encontra-se representado graficamente no Diagrama PRISMA-ScR (Figura 3), de acordo com as orientações metodológicas de Page et al. (2021).

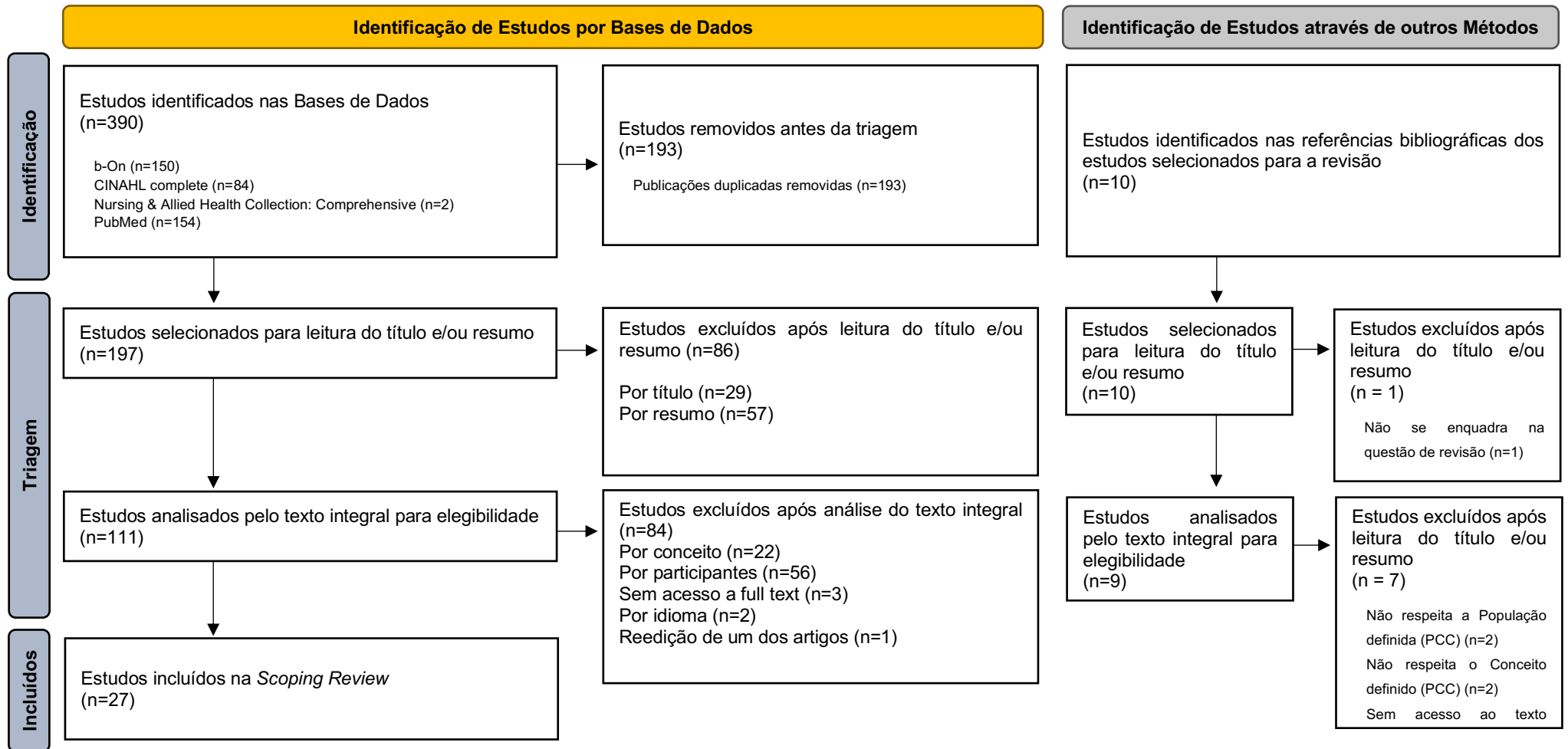


Figura 3. Diagrama PRISMA-ScR.

Fonte: Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

5.8 – Extração de dados

Após a conclusão da leitura integral dos estudos incluídos, foi necessário desenvolver um instrumento que contemple detalhes específicos sobre a população, o conceito, o contexto e os métodos de investigação referentes à questão e aos objetivos da revisão, anteriormente determinados. Esta abordagem será conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo JBI (Aromataris et al., 2024).

A ferramenta para a síntese dos artigos extraídos para análise foi personalizada e ajustada, em conformidade com os dois revisores desta ScR, como se apresenta no capítulo dos resultados. Este instrumento reflete os vários elementos, designadamente a numeração do estudo, o(s) autor(es), o ano de publicação, o país de origem, o(s) objetivo(s), o tipo de estudo, a população, os resultados e as principais conclusões.

6 – Resultados

A extração de dados depende da transparência e clareza dos métodos utilizados, relativamente ao que e como foram obtidos os dados (Aromataris et al., 2024). Esta etapa será efetuada por um revisor independente (VC), com o apoio do segundo revisor (LC) para resolver possíveis divergências. Todo o processo decorreu em conformidade com os objetivos e a questão de revisão, possibilitando mapear a evidência científica existente sobre a relação entre o tempo de ecrã em crianças pré-escolares e o padrão alimentar.

Análise da distribuição geográfica e temporal dos estudos

A presente ScR abrange um total de 27 estudos científicos que avaliaram a relação entre o tempo de exposição a ecrãs e os hábitos alimentares em crianças pré-escolares (Quadro 8). Os dados revelam uma distribuição geográfica diversa, com maior concentração de estudos realizados nos Estados Unidos da América (n=7). Este número expressivo destaca o protagonismo da investigação norte-americana no domínio dos comportamentos sedentários e saúde infantil.

Em segundo lugar surge a Austrália, com 3 estudos, evidenciando também um forte empenho científico na promoção de hábitos saudáveis desde a infância. Turquia e Países Baixos contribuem com dois estudos cada, refletindo o interesse regional na compreensão dos efeitos do tempo de ecrã sobre a alimentação e o desenvolvimento infantil.

Outros países participaram com 1 estudo cada, incluindo França, Espanha, China, Irlanda, Koweit, Nova Zelândia, Brasil, Lituânia, Portugal, Suécia, Reino Unido, Europa (abrangendo múltiplos países) e Canadá. Esta diversidade geográfica sugere uma preocupação crescente e transversal com a saúde infantil, embora a intensidade investigativa varie consideravelmente entre regiões.

Quanto à janela temporal, os estudos analisados foram publicados entre 2009 e 2024, resultando em 15 anos de produção científica. Observou-se uma intensificação da investigação a partir de 2018, o que coincide com o aumento exponencial da utilização de dispositivos digitais por crianças pequenas. Esta tendência evidencia o reconhecimento global dos impactos potenciais do tempo de ecrã nos comportamentos alimentares, padrões de atividade física e risco de obesidade infantil.

O conjunto de estudos demonstra, assim, uma consolidação progressiva de evidência científica sobre o tema, reforçando a necessidade de estratégias preventivas que envolvam famílias, escolas e políticas públicas.

Quadro 8. Número de estudos por país

País	Número de Estudos
EUA	7
Austrália	3
Turquia	2
Países Baixos	2
França	1
Espanha	1
China	1
Irlanda	1
Koweit	1
Nova Zelândia	1
Brasil	1
Lituânia	1
Portugal	1
Suécia	1
Reino Unido	1
Europa	1
Canadá	1

Quadro 9. Síntese das evidências dos estudos incluídos na ScR (n=27)

Estudo Autor(es) País	Objetivo(s)	Tipo de Estudo	População	Resultados	Tipo de Alimentos e Bebidas Consumidos	Conclusões
Estudo 1 [E1] Kristo et al. 2021 Turquia	Analisar os hábitos alimentares e a qualidade da dieta de crianças em idade pré-escolar, em função do tempo e do tipo de exposição a ecrãs.	Estudo transversal piloto	104 crianças	Verificou-se associação significativa entre o uso de televisão, <i>tablets</i> e <i>smartphones</i> e o consumo de alimentos ultraprocessados, fruta fresca, produtos de pastelaria e frutos secos.	Alimentos ultraprocessados, fruta fresca, pastelaria, frutos secos, refrigerantes	A elevada exposição a ecrãs está associada a padrões alimentares de menor qualidade nutricional, nomeadamente: alimentos ultraprocessados, produtos de pastelaria e refrigerantes.
Estudo 2 [E2] Alqaoud et al. 2021 Kuwait	Avaliar a tendência de excesso de peso/obesidade e a sua relação com o tempo de ecrã, o consumo de bebidas açucaradas e a omissão do pequeno-almoço.	Estudo transversal de base nacional	5304 crianças	Assistir televisão 2-3 horas por dia aumentou 5,6 vezes o risco de obesidade. O tempo de ecrã revelou-se positivamente associado ao consumo de bebidas açucaradas.	Bebidas açucaradas, refrigerantes industrializados,	Comportamentos de risco como o tempo excessivo de ecrã devem ser controlados precocemente para prevenção da obesidade.
Estudo 3 [E3] Yazıcı Çakiroğlu & Sapsağlam 2024 Turquia	Investigar a relação entre uso problemático de ecrãs, os hábitos alimentares e as competências de autocuidado em idade pré-escolar.	Estudo de métodos mistos	582 crianças e 20 encarregados de educação	O uso problemático de dispositivos digitais demonstrou estar associado a comportamentos alimentares negativos; os pais frequentemente recorrem aos ecrãs para facilitar a alimentação.	Fast food, snacks, uso de ecrãs durante as refeições	O uso excessivo de ecrãs afeta negativamente os comportamentos alimentares e sociais das crianças.
Estudo 4 [E4] Gomes et al. 2024 Brasil	Analisar a associação entre a exposição a ecrãs, o desenvolvimento infantil, as rotinas diárias e o consumo de alimentos ultraprocessados.	Estudo transversal	362 pares cuidador-criança	A exposição prolongada a ecrãs correlaciona-se com maior ingestão de ultraprocessados e com menor desempenho no desenvolvimento infantil.	Alimentos ultraprocessados: snacks, bolachas, doces industrializados, refrigerantes	O tempo excessivo de ecrã está associado a padrões alimentares inadequados e a défices no desenvolvimento global.

Estudo 5 [E5] Martín-Calvo et al. 2024 Espanha	Investigar a associação entre assistir televisão durante as refeições e a ingestão de alimentos ultraprocessados e açúcares livres.	Estudo transversal (SENDO)	970 crianças	Ver TV durante as refeições ≥ 4 vezes/semana está associado a maior consumo de ultraprocessados, doces, snacks, refrigerantes e ingestão de açúcares livres acima de 10% do total energético.	Ultraprocessados, doces, snacks, refrigerantes, açúcares livres	A exposição a ecrãs durante as refeições contribui para padrões alimentares desequilibrados.
Estudo 6 [E6] Saldanha-Gomes et al. 2020 França	Identificar clusters de comportamentos (dieta, hábitos de sono, exposição à televisão, atividade física) e a sua relação com a adiposidade em crianças aos 5 anos.	Estudo longitudinal (coorte)	1195 crianças	A exposição elevada à televisão foi o principal fator diferenciador aos 5 anos, associada a maior percentagem de gordura corporal, especialmente em meninas.	Alimentos com elevada densidade energética e baixo valor nutricional - hábitos alimentares desfavoráveis.	Reduzir o tempo de ecrã e melhorar rotinas alimentares pode prevenir a obesidade infantil, sobretudo em contextos socioeconómicos vulneráveis.
Estudo 7 [E7] Ashton et al. 2024 Austrália	Avaliar o impacto do programa comunitário 'Healthy Youngsters, Healthy Dads' na redução de comportamentos de risco em crianças.	Ensaio não randomizado (intervenção comunitária)	141 crianças	Observaram-se melhorias significativas nos hábitos alimentares e redução do tempo de ecrã após a intervenção.	Redução de alimentos com baixo valor nutricional e aumento de alimentos saudáveis	Programas de intervenção com envolvimento parental promovem melhorias duradouras nos comportamentos alimentares e no uso de ecrãs.
Estudo 8 [E8] Huo et al. 2022 China	Investigar a associação entre o tempo de ecrã e o consumo de vegetais, frutas, snacks e bebidas açucaradas em crianças em idade pré-escolar.	Estudo transversal	1567 crianças	O tempo médio de ecrã foi de $1,36 \pm 1,26$ h/dia. As crianças com tempo de ecrã ≥ 1 h/dia apresentaram menor frequência no consumo de frutas e vegetais, e maior consumo de snacks e bebidas açucaradas.	Vegetais, frutas, snacks, bebidas açucaradas (sumos, refrigerantes, bebidas lácteas açucaradas)	O tempo de ecrã foi negativamente associado à ingestão de frutas e vegetais e positivamente associado ao consumo de snacks e bebidas açucaradas. Recomenda-se o controlo parental do tempo de ecrã.
Estudo 9 [E9] Delahunt et al. 2022 Irlanda	Explorar a associação entre fatores ecológicos (nível socioeconómico materno, tempo de ecrã, arranjos de cuidados infantis) e comportamentos alimentares em crianças de 5 anos.	Estudo transversal (coorte)	306 crianças	O tempo de ecrã foi significativamente associado a maior pontuação em 'seletividade alimentar' ('food fussiness'). Crianças com maior tempo de ecrã apresentaram	Comportamentos alimentares (fussiness), desejo de bebidas açucaradas	Fatores ecológicos, como o tempo de ecrã, influenciam negativamente o comportamento alimentar infantil. Intervenções devem considerar o ambiente familiar e socioeconómico.

				maior resistência alimentar.		
Estudo 10 [E10] Wang et al. 2020 Países Baixos	Identificar padrões de comportamentos de estilo de vida e fatores associados, e sua relação com o IMC em crianças de 3 anos.	Estudo transversal (BeeBOFT)	2090 crianças	Foram identificados três padrões de comportamento: padrão não saudável (36%), padrão com baixo consumo de snacks e baixo tempo de ecrã (48%), e padrão ativo com alto consumo de frutas, vegetais, snacks e tempo de ecrã (16%).	Snacks, bebidas açucaradas, frutas, vegetais	Os padrões de estilo de vida são influenciados pelo nível educacional materno, estilo parental e género da criança. Intervenções devem considerar esses fatores na prevenção da obesidade infantil.
Estudo 11 [E11] Marsh et al. 2020 Nova Zelândia	Avaliar a eficácia de um programa baseado na relação pais-filhos na promoção de comportamentos saudáveis em crianças pré-escolares.	Ensaio piloto randomizado controlado	54 crianças	O grupo de intervenção demonstrou melhorias nos comportamentos de sono e redução do caos doméstico, embora não tenha havido diferenças significativas no tempo de ecrã.	Redução de snacks e bebidas açucaradas, aumento da frequência de refeições familiares	Abordagens relacionais, centradas na interação pais-filhos, mostram-se promissoras na promoção de hábitos saudáveis. Mais estudos são recomendados.
Estudo 12 [E12] Ontai et al. 2019 EUA	Analisar a associação entre comportamentos parentais relacionados com a alimentação, ambiente familiar e o IMC de crianças pré-escolares de famílias com baixos rendimentos.	Estudo transversal	111 crianças	Comportamentos alimentares centrados nos pais estão associados a IMC mais elevado. Ambientes familiares saudáveis relacionam-se com menor IMC apenas quando os pais adotam menos práticas coercivas.	Baixa ingestão de frutas e vegetais, consumo elevado de sumos e bebidas açucaradas	Ambientes alimentares saudáveis e práticas parentais centradas na criança devem ser promovidos para prevenir a obesidade.
Estudo 13 [E13] Jusienė et al. 2019 Lituânia	Investigar a prevalência e os fatores associados ao uso de ecrãs durante as refeições em crianças pequenas.	Estudo transversal	847 crianças	22% das crianças usavam ecrãs diariamente durante as refeições. Uso de ecrãs esteve associado a maior tempo de ecrã diário, TV de fundo e maior consumo de comida pouco saudável.	Junk food: doces, snacks, refrigerantes	Uso de ecrãs durante as refeições está negativamente associado a hábitos alimentares saudáveis; pais de primeira viagem devem receber apoio direcionado.
Estudo 14 [E14] Park et al.	Analisar fatores multissistémicos (criança,	Estudo transversal	129 crianças	Ambientes obesogénicos	Snacks, fast food, refrigerantes	A prevenção da obesidade infantil exige

2019 EUA	família, creche, comunidade) que influenciam o IMC infantil.	(abordagem multinível)		familiares, tempo de ecrã ao fim de semana e práticas alimentares parentais foram associados ao IMC.		ambientes familiares saudáveis e rotinas consistentes desde a infância.
Estudo 15 [E15] Hammersley et al. 2019 Austrália	Analisar os mediadores e moderadores da mudança do IMC infantil no programa Time2bHealthy.	Ensaio clínico randomizado controlado	104 crianças	Apesar de melhorias nos comportamentos alimentares e autorregulação parental, não foram encontrados efeitos significativos nos mediadores sobre o IMC.	Redução no consumo de alimentos de baixo valor nutricional (discretionary foods), como doces e snacks	Mais estudos são necessários para explorar os fatores que mediam mudanças eficazes no IMC infantil.
Estudo 16 [E16] Xiong et al. 2019 EUA	Comparar diferenças geracionais (Geração X vs. Millennials) nas cognições e comportamentos relacionados ao peso em mães de crianças em idade pré-escolar.	Estudo transversal	320 mães (158 Geração X, 162 Millennials)	Millennials relataram mais refeições familiares semanais e maior uso de ecrãs nos quartos das crianças e maior tempo de ecrã pessoal.	Alimentos consumidos não diferenciados; uso de ecrã durante refeições considerado	As diferenças entre gerações foram pequenas; intervenções devem focar no estágio de vida em vez da geração.
Estudo 17 [E17] Barros et al. 2019 Portugal	Avaliar a variedade e adequação alimentar em crianças de 4 anos da coorte Geração XXI e fatores associados.	Estudo longitudinal (coorte Geração XXI)	3962 crianças	Maior tempo de ecrã (≥ 120 min/dia) associado a menor variedade e adequação alimentar.	Menor variedade e adequação de alimentos dos grupos: vegetais, frutas, produtos lácteos, carne e amidos	Comportamentos familiares e estilo de vida (tempo de ecrã, atividade física, aleitamento) influenciam a qualidade da dieta infantil.
Estudo 18 [E18] Thompson et al. 2018 EUA	Analisar fatores que predizem práticas parentais relacionadas ao uso de ecrãs e sua relação com o comportamento de visualização televisiva da criança.	Estudo transversal (modelo IMB)	312 mães de crianças mexicanas-americanas	Crenças funcionais positivas sobre a TV associadas a menor autoeficácia para restringir visualização; uso de TV durante refeições/snacks ligado a maior tempo de ecrã infantil.	Visualização de TV com refeições e snacks (sem dados sobre tipos de alimentos específicos)	Crenças parentais e autoeficácia influenciam práticas de uso de ecrãs e devem ser alvo de intervenções.
Estudo 19 [E19] Sandvik et al. 2018 Suécia	Investigar prevalência e características de 'picky eating' em crianças de diferentes estados de peso.	Estudo transversal (3 amostras combinadas)	1272 crianças	Crianças com obesidade apresentaram menor prevalência de picky eating, mas ainda substancial; picky eaters tinham mais tempo de ecrã.	Menor consumo de frutas e vegetais, preferência por alimentos densos em energia	<i>Picky eating</i> pode coexistir com obesidade; intervenções devem considerar comportamentos alimentares seletivos e o uso de ecrãs.

Estudo 20 [E20] Pearson et al. 2018 Reino Unido	Examinar padrões e correlações entre tempo de ecrã e comportamentos alimentares não saudáveis em crianças pequenas.	Estudo transversal (questionários parentais)	126 crianças	25% apresentavam dois ou mais comportamentos de risco: elevado tempo de ecrã, baixo consumo de frutas/vegetais e elevado consumo de snacks.	Snacks energéticos densos, frutas, vegetais	Comportamentos alimentares não saudáveis e tempo de ecrã tendem a coexistir; intervenções devem envolver os pais e o ambiente doméstico.
Estudo 21 [E21] Tester et al. 2018 EUA	Caracterizar crianças de 2–5 anos com obesidade severa usando dados nacionais representativos.	Estudo transversal (NHANES 1999–2014)	7028 crianças	Crianças com obesidade severa tinham maior probabilidade de tempo de ecrã >4 h/dia e exposição a determinantes sociais de saúde adversos.	Dados alimentares gerais; foco principal em tempo de ecrã e fatores sociodemográficos	Obesidade severa em crianças está associada a tempo de ecrã elevado e fatores socioeconómicos desfavoráveis; intervenções devem ser multicomponentes.
Estudo 22 [E22] Miguel-Berges et al. 2016 Europa	Analisar a associação entre consumo alimentar e comportamentos sedentários (TV, computador, brincadeiras calmas) em crianças pré-escolares.	Estudo transversal (ToyBox study)	6431 crianças	Ver TV >1h/dia associado a maior consumo de bebidas gaseificadas, sumos (naturais e embalados), leite açucarado, bolos, bolachas, chocolate, sobremesas açucaradas, snacks salgados, carne processada; menor consumo de fruta, vegetais e peixe.	Refrigerantes, doces, snacks salgados, carne processada, leite açucarado, frutas, vegetais, peixe	Comportamentos sedentários estão ligados a maior consumo energético e padrões alimentares menos saudáveis.
Estudo 23 [E23] Buscemi et al. 2016 EUA	Analisar a relação entre mudanças nos comportamentos dos pais e das crianças ao longo de um ano em famílias de minorias étnicas.	Estudo longitudinal (ensaio randomizado controlado)	590 pares pais-criança	Mudanças no tempo de ecrã das crianças acompanharam as dos pais. Maior monitorização parental associada à redução no consumo calórico infantil.	Diminuição do consumo calórico geral (sem alimentos específicos mencionados)	Intervenções futuras devem envolver diretamente os pais para promover mudanças duradouras nos comportamentos das crianças.
Estudo 24 [E24] Chinapaw et al. 2014 Países Baixos	Investigar a relação entre tempo de TV/computador e marcadores cardiometabólicos em crianças.	Estudo transversal (coorte)	1961 crianças	TV >2h/dia associada a maior perímetro abdominal. Tempo de computador teve associação benéfica com níveis de HDL-colesterol.	Não relatado consumo alimentar específico	Evidência limitada de associação entre tempo de ecrã e função cardiometabólica, exceto para perímetro abdominal.

Estudo 25 [E25] Pabayo et al. 2012 Canadá	Identificar fatores associados ao consumo de bebidas adoçadas entre crianças pré-escolares.	Estudo transversal (SHAPEs)	2114 crianças	Tempo de ecrã >2h/dia associado a maior probabilidade de consumo de refrigerantes e excesso de sumos.	Refrigerantes, sumos adoçados	Ambiente socioeconómico e tempo de ecrã influenciam consumo de bebidas açucaradas.
Estudo 26 [E26] Hendrie et al. 2011 Austrália	Analisar a relação entre o ambiente familiar de atividade e os comportamentos de saúde infantil.	Estudo transversal com questionário validado	106 pares pais-criança	Ambiente familiar mais ativo associado a menor tempo de ecrã e maior ingestão de frutas e vegetais.	Frutas e vegetais (associação positiva); alimentos específicos não detalhados	Ambiente familiar é fator chave na formação de comportamentos saudáveis em crianças.
Estudo 27 [E27] Must & Parisi 2009 EUA	Rever literatura sobre comportamento sedentário e sono em relação à obesidade infantil.	Revisão narrativa	Crianças pré-escolares	Tempo excessivo de ecrã (TV) associada a maior ingestão energética, menor saciedade e exposição a publicidade alimentar; sono insuficiente pode agravar esses efeitos.	Snacks, refrigerantes, doces (através de publicidade ou durante visualização)	Sono e sedentarismo atuam em conjunto para aumentar risco de obesidade; políticas devem abordar ambos.

7 - Discussão dos resultados

No seguimento do processo de análise dos 27 estudos incluídos nesta ScR, foi realizada uma organização temática com base nas evidências empíricas mais relevantes identificadas. As evidências foram agrupadas em cinco categorias principais, refletindo diferentes dimensões da relação entre o tempo de ecrã e os comportamentos alimentares em crianças em idade pré-escolar.

A categorização permitiu sistematizar os dados e facilitar a leitura crítica dos contributos de cada investigação, permitindo evidenciar padrões comuns, diferenças contextuais e possíveis implicações para a prática clínica, parental e comunitária. Foram consideradas as seguintes categorias: (1) influência do tempo de ecrã no padrão alimentar das crianças; (2) relação entre o tempo de ecrã e o risco de obesidade infantil; (3) impacto de intervenções parentais e comunitárias na promoção de comportamentos saudáveis; (4) comportamentos alimentares seletivos associados a fatores familiares e socioeconómicos; e (5) associação entre o tempo de ecrã e o tipo de alimentos e bebidas consumidos, em particular os ultraprocessados e açucarados.

O quadro seguinte apresenta a síntese dos estudos organizados por categoria, incluindo a respetiva referência (autor, ano) e código identificador (E1 a E27), acompanhada de breves descrições quando relevante. Esta abordagem facultava uma visão integrada e comparativa dos contributos existentes na literatura, permitindo fundamentar a discussão e apoiar recomendações práticas e futuras investigações na área.

Quadro 10. Síntese das evidências demonstradas nos estudos

Categorias/evidências demonstradas nos estudos	Autor(es)/Ano/Estudo
<p>Influência do tempo de ecrã no padrão alimentar das crianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior ingestão de alimentos ultraprocessados; • <i>Snacks</i>; • Bebidas açucaradas; • Menor consumo de frutas e vegetais. 	<p>Kristo et al. (2021, E1) Yazıcı Çakıroğlu & Sapsağlam (2024, E3) Gomes et al. (2024, E4) Martín-Calvo et al. (2024, E5) Huo et al. (2022, E8) Delahunt et al. (2022, E9) Jusienė et al. (2019, E13) Barros et al. (2019, E17) Pearson et al. (2018, E20) Miguel-Berges et al. (2016, E22)</p>
<p>Relação entre tempo de ecrã e risco de obesidade infantil</p>	<p>Alqaoud et al. (2021, E2) Saldanha-Gomes et al. (2020, E6) Wang et al. (2020, E10) Park et al. (2019, E14) Tester et al. (2018, E21)</p>
<p>Intervenções parentais e comunitárias na promoção de comportamentos alimentares saudáveis e controlo do tempo de ecrã:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa comunitário com envolvimento parental reduziu tempo de ecrã e melhorou hábitos alimentares; • Programa centrado na relação pais-filhos promoveu refeições familiares e menor consumo de snacks; • Intervenção parental acompanhou mudanças positivas no tempo de ecrã e ingestão calórica das crianças; • Programa parental mostrou melhorias alimentares apesar de não afetar diretamente o IMC. 	<p>Ashton et al. (2024, E7) Marsh et al. (2020, E11) Buscemi et al. (2016, E23) Hammersley et al. (2019, E15)</p>
<p>Comportamentos alimentares seletivos e influência de fatores familiares e socioeconómicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior tempo de ecrã associado a seletividade alimentar (<i>food fussiness</i>); • <i>Picky eating</i> prevalente mesmo em crianças com obesidade; tempo de ecrã relacionado; • Práticas parentais influenciam IMC infantil, mediadas por ambiente familiar e alimentação. 	<p>Delahunt et al. (2022, E9) Sandvik et al. (2018, E19) Ontai et al. (2019, E12)</p>
<p>Associação entre tempo de ecrã e o tipo de bebidas e alimentos consumidos (ultraprocessados, açucarados e snacks);</p> <ul style="list-style-type: none"> • TV >1h/dia associada a maior ingestão de refrigerantes, doces e snacks salgados; • Tempo de ecrã >2h/dia associado a consumo de refrigerantes e sumos adoçados; • Tempo de TV/computador ligado ao aumento do perímetro abdominal; • Ambientes familiares ativos reduziram tempo de ecrã e melhoraram ingestão de frutas e vegetais; • Tempo de ecrã excessivo afeta saciedade e aumenta consumo energético via publicidade. 	<p>Miguel-Berges et al. (2016, E22) Pabayo et al. (2012, E25) Chinapaw et al. (2014, E24) Hendrie et al. (2011, E26) Must & Parisi (2009, E27)</p>

A presente análise, fundamentada na categorização das evidências extraídas de 27 estudos, permitiu identificar e discutir diferentes dimensões da relação entre o tempo de ecrã em crianças pré-escolares e os seus comportamentos alimentares. Seguidamente, procedeu-se à discussão das categorias emergentes, à luz da literatura científica, com o objetivo de contextualizar e aprofundar as principais evidências identificadas na presente ScR.

Na primeira categoria, relativa à influência do **tempo de ecrã no padrão alimentar das crianças**, observou-se que a exposição prolongada a dispositivos digitais está frequentemente associada a comportamentos alimentares inadequados. Os estudos incluídos (Kristo et al., 2021, E1; Yazıcı Çakıroğlu & Sapsağlam, 2024, E3; Gomes et al., 2024, E4; Martín-Calvo et al., 2024, E5; Huo et al., 2022, E8; Delahunt et al., 2022, E9; Barros et al.,

2019, E17; Pearson et al., 2018, E20; Miguel-Berges et al., 2016, E22) demonstraram que a presença de ecrãs durante as refeições, bem como o uso prolongado de dispositivos eletrónicos, correlacionam-se com rotinas alimentares desorganizadas e maior seletividade alimentar. Este padrão inclui maior ingestão de alimentos ultraprocessados, *snacks*, bebidas açucaradas e menor consumo de frutas e vegetais. Além disso, como evidenciado por Rodrigues et al. (2021), o tempo de ecrã compromete os padrões alimentares ao reduzir o tempo dedicado à atividade física e ao sono, enquanto aumenta a exposição a marketing alimentar direcionado e à ingestão de alimentos ultraprocessados. Dados do Inquérito Nacional de Alimentação, Nutrição e Atividade Física (2015-2016) revelaram que mais de 70% das crianças portuguesas excediam 2 horas de ecrã nos fins de semana. Estes hábitos estão correlacionados com padrões dietéticos desajustados, frequentemente iniciados desde os primeiros anos de vida.

A segunda categoria aborda a **relação entre o tempo de ecrã e o risco de obesidade infantil**. Estudos como os de Alqaoud e colaboradores (2021, E2), Saldanha-Gomes e colaboradores (2020, E6), Wang e colaboradores (2020, E10), Park e colaboradores (2019, E14) e Tester e colaboradores (2018, E21) revelaram que o tempo prolongado de ecrã está fortemente associado a um maior IMC em crianças. A literatura de apoio, incluindo os trabalhos de Fang et al. (2019), Mineshita et al. (2021) e Rocka et al. (2022), confirma esta associação, sublinhando o papel do comportamento sedentário, da influência publicitária e da redução do sono. Estudos recentes (Figueira et al., 2023; Rodrigues et al., 2021) demonstram também que o nível de escolaridade materna e o rendimento familiar são fatores moderadores no aumento do tempo de ecrã.

O terceiro tema foca-se nas **intervenções parentais e comunitárias**. Intervenções descritas em Ashton e colaboradores (2024, E7), Marsh e colaboradores (2020, E11), Buscemi e colaboradores (2016, E23) e Hammersley e colaboradores (2019, E15) reforçam que as estratégias baseadas na relação pais-filhos e na comunidade têm impacto positivo na redução do tempo de ecrã e na melhoria da qualidade alimentar. Estas intervenções demonstram eficácia particularmente quando há envolvimento parental ativo, reforço da estrutura familiar e abordagem educativa em saúde.

A quarta categoria explora os **comportamentos alimentares seletivos em contextos familiares e socioeconómicos**. Estudos como os de Delahunt e colaboradores (2022, E9), Sandvik e colaboradores (2018, E19) e Ontai e colaboradores (2019, E12) evidenciam a interação entre ambiente familiar, práticas parentais e seletividade alimentar (*picky eating*). A presença de tempo de ecrã elevado potencia este fenómeno, cria barreiras adicionais à aquisição de hábitos alimentares saudáveis. A estrutura e a qualidade das interações familiares assumem, assim, um papel central.

A quinta e última categoria debruça-se sobre a **associação entre tempo de ecrã e o tipo de alimentos consumidos**. Os dados apontam para uma maior ingestão de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura, especialmente em contexto de visualização passiva como a televisão (Miguel-Berges et al., 2016, E22; Pabayó et al., 2012, E25; Chinapaw et al., 2014, E24; Hendrie et al., 2011, E26; Must & Parisi, 2009, E27). Estes estudos destacam ainda o impacto da publicidade alimentar e da desorganização das rotinas familiares, refletindo-se num maior consumo calórico.

Face às evidências, torna-se crucial a adoção de recomendações consistentes para a limitação do tempo de ecrã. A OMS (2019), a Academia Americana de Pediatria (Council on Communication and Media, 2016) e a Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2024) estabelecem orientações claras quanto à limitação do tempo de ecrã a menos de uma hora por dia para crianças dos dois aos cinco anos. No entanto, os dados nacionais e internacionais mostram que essas recomendações não estão a ser cumpridas pela maioria das famílias, agravando o risco de desenvolvimento de problemas de saúde infantil.

É de ressaltar que a aprendizagem na infância está intimamente ligada ao corpo e ao movimento. O corpo não é apenas um veículo para a ação, mas um elemento estruturante no desenvolvimento global da criança, sendo fundamental para a construção do conhecimento, da identidade e das relações sociais. Assim, o corpo deve ser reconhecido como ponto de partida para qualquer abordagem pedagógica, sobretudo nos primeiros anos de vida (Neto, 2011). Este autor, referência incontornável nesta área, refere que o movimento não é apenas uma função biológica, mas sim uma linguagem através da qual a criança se expressa, se relaciona e compreende o mundo. Defende que o brincar e o movimento espontâneo são essenciais para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças, sendo urgente resgatar o espaço do corpo no dia a dia da criança. Neste sentido, o corpo pode ser compreendido em diferentes dimensões interdependentes: o corpo biológico (aprendizagem motora), o corpo social (identidade e emoções), o corpo expressivo (criação e comunicação), e o corpo cognitivo (processos mentais mediados pelo movimento). Por conseguinte, reforça-se essa abordagem integrada, reconhecendo a centralidade do corpo no desenvolvimento global da criança.

Segundo Shelley (2021), o movimento está ligado ao aumento da memória, perceção, linguagem, atenção, emoção e tomada de decisões nas crianças. Desde bebés, a interação com o mundo através de movimentos, como chutar, agarrar e puxar objetos, é fundamental para o desenvolvimento. O movimento é vital para evitar um estilo de vida sedentário, promovendo a autoestima e autoconfiança, havendo a necessidade de garantir tempo e espaço para o movimento nas rotinas diárias das crianças e não limitá-las ao sedentarismo, ou seja, que os pais não vejam nos dispositivos eletrónicos uma forma de entretenimento da

crianças, mas como um meio, quando em excesso, com resultados negativos para a saúde da crianças, como a alteração do seu padrão alimentar e possibilidade de excesso de peso/obesidade. Para que todo o trabalho relacionado com o desenvolvimento infantil faça sentido, é fundamental que o EEESIP trabalhe em parceria com a família, empoderando-a para assumir um papel ativo no desenvolvimento motor da criança, promovendo atividades que estimulem a linguagem corporal, ou seja, o movimento e a expressão. As crianças têm uma necessidade intrínseca de descobrir, explorar e vivenciar novas experiências. É através do corpo que os seres humanos conseguem expressar essas vivências, revelando sentimentos e emoções e experimentando constantemente novas maneiras de utilizar o corpo na sua totalidade.

Por conseguinte, o tempo de ecrã representa um fator de risco significativo e multidimensional no contexto da saúde infantil. A promoção de comportamentos saudáveis na infância, nomeadamente a alimentação equilibrada e o controlo do tempo de ecrã, exige intervenções integradas, sensibilização parental e políticas de saúde pública que regulem o marketing alimentar direcionado às crianças. Neste âmbito, o EEESIP assume um papel central na avaliação precoce dos hábitos digitais e padrões alimentares, na implementação de intervenções educativas junto das famílias e no reforço da literacia em saúde. A sua atuação deve ser sistemática e orientada para a prevenção, o que representa uma oportunidade para reduzir o risco de obesidade infantil e promover estilos de vida saudáveis desde a primeira infância.

Face às evidências apresentadas, torna-se evidente a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção específicas, orientadas para a promoção de padrões alimentares saudáveis e para a redução do tempo de ecrã em idade pré-escolar. Neste contexto, é fundamental destacar o papel das intervenções parentais, comunitárias e dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EEESIP, enquanto promotores de literacia em saúde e agentes de mudança nos comportamentos familiares.

8 – Conclusão

Em relação ao desenvolvimento de competências no período de estágios, o balanço final foi muito positivo. Permitiu adquirir novos conhecimentos e aprofundar outros. Foi muito enriquecedor pela partilha de conhecimentos, sendo importante valorizar as diferentes experiências de cada profissional com que me deparei, particularmente, no seio da equipa de enfermagem e Enfermeiras Tutoras, e admitir que existem sempre pequenas arestas a limar. Só assim será possível prestar cuidados de qualidade progressivamente de excelência, num patamar superior.

Assim, por tudo o que foi registado e refletido considera-se que o EE, integrado em serviço, deve demarcar-se quer pelos conhecimentos que possui, quer pela maneira adequada que os presta, mas também pela sua conduta ética e profissional. Isto é o que espero conseguir cada dia que exercer as funções de profissional de enfermagem em formação, consolidando a profissão e os seus princípios, transmitindo confiança nos cuidados prestados, promovendo a parceria de cuidados com vista à autonomia da família, potenciando uma parentalidade responsável.

A realização dos estágios configurou-se como uma oportunidade ímpar para aprofundar conhecimentos e adquirir competências, que permitiram o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e tomadas de decisão, promovendo, desta forma, a prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família. Os enfermeiros, enquanto profissionais com uma visão holística da pessoa, encontram nas respostas humanas o seu foco. Esta perspetiva implica uma enorme responsabilidade e capacidade de reajuste a cada situação encontrada, que sendo difícil na sua prossecução, torna-se imprescindível e premente. Dado o paradigma atual da profissão, é lançado, como repto, a concretização de um amanhã baseado em padrões de conhecimento de elevado nível científico, sustentadores de uma prática especializada, visando uma intervenção individualizada e diferenciada à criança/jovem/família.

No que se refere à componente investigativa, a ScR permitiu mapear a evidência científica disponível sobre a relação entre o tempo de ecrã e o padrão alimentar em crianças pré-escolares, revelando uma associação entre uma maior exposição a ecrãs e comportamentos alimentares menos saudáveis, nomeadamente o consumo de alimentos ultraprocessados, bebidas açucaradas e a redução na ingestão de frutas e vegetais. Os resultados reforçam o impacto negativo do uso excessivo de dispositivos digitais no padrão

alimentar e no desenvolvimento infantil, alertando para o papel crucial dos pais/cuidadores, profissionais de saúde e políticas públicas na gestão adequada do tempo de ecrã.

Neste contexto, destaca-se a importância da atuação do EEESIP na implementação de intervenções de educação para a saúde junto das famílias, na promoção de hábitos alimentares saudáveis e na literacia digital. A intervenção precoce é fundamental para prevenir consequências a longo prazo, como a obesidade infantil e fomentar estilos de vida mais equilibrados desde a infância.

Devido ao aumento exponencial do tempo de ecrã entre as crianças pré-escolares, urge desenvolver estratégias multidimensionais de prevenção que integrem a família, os serviços de saúde e o meio escolar, bem como incentivar futuras investigações que explorem esta problemática com metodologias robustas e culturalmente adaptadas.

Limitações

Apesar da relevância das evidências encontradas, a ScR apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a maioria dos estudos analisados baseia-se em autorrelatos parentais, o que pode introduzir viés de informação, especialmente no que respeita à avaliação do tempo de ecrã e ao padrão alimentar das crianças. Em segundo lugar, a limitação linguística na seleção de artigos (exclusivamente em português, inglês e espanhol) pode ter levado à exclusão de estudos relevantes publicados noutras línguas. Por fim, esta revisão não avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que é uma limitação inerente ao próprio desenho de uma ScR.

Implicações para a prática profissional

Os resultados desta ScR evidenciam a necessidade de uma abordagem proativa por parte do EEESIP, no que diz respeito à prevenção dos efeitos negativos associados ao tempo excessivo de ecrã em crianças em idade pré-escolar e o padrão alimentar. Este profissional assume um papel fundamental na promoção de comportamentos saudáveis, através da educação parental sobre os riscos da exposição precoce aos ecrãs e da sensibilização para a importância de uma alimentação equilibrada desde a primeira infância.

Na prática clínica, o EEESIP deve realizar avaliações sistemáticas dos hábitos digitais e alimentares das crianças e famílias, integrando essa análise no plano de cuidados. É essencial capacitar os pais para a definição de regras claras sobre o uso de ecrãs e incentivar rotinas familiares promotoras de refeições partilhadas, interações sem dispositivos digitais e

escolhas alimentares saudáveis. Além disso, os dados desta ScR devem ser considerados aquando da planificação de de estratégias comunitárias e educativas em saúde, bem como na articulação com as escolas e centros de apoio à infância, promovendo a literacia digital e alimentar como dimensões cruciais da saúde infantil. A atuação conciliada entre os diversos contextos poderá, assim, contribuir para minimizar os comportamentos de risco e garantir um desenvolvimento mais saudável e harmonioso das crianças.

Referências bibliográficas

- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2022). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 532–547. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>.
- Alqaoud N, Al-Jawaldeh A, Al-Anazi F, Subhakaran M, Doggui R. Trend and Causes of Overweight and Obesity among Pre-School Children in Kuwait. *Children (Basel)*. 2021 Jun 19;8(6):524. <https://doi.org/10.3390/children8060524>.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>.
- Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, M., & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: a scoping review [Instituto Politécnico de Santarém – ESSaúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>.
- Andersson, V., Bergman, S., Henoeh, I., Simonsson, H., & Ahlberg, K. (2022). Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care: A cross-sectional study from Sweden. *BMC Pediatrics*, 22(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03319-w>.
- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., & Holland, C. (2017). Predicting risk and outcomes for frail older adults: An umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(4), 1154–1208. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003018>.

- Aromataris, E., Tufanaru, C., Stern, C., Porritt, K., Farrow, J., & Munn, Z. (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis: Scoping Reviews Chapter*. Joanna Briggs Institute. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497Eduimed+5>.
- Ashton LM, Grounds JA, Barnes AT, Pollock ER, Young MD, Kennedy SL, Rayward AT, Lee DR, Morgan PJ. Replicability, adaptability and long-term impact of the 'Healthy Youngsters, Healthy Dads' program in Newcastle, Australia. *Health Promot Int*. 2024 Aug 1;39(4):daae095. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae095>.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil – APSI. (2022). *Relatório de avaliação: 30 anos de segurança infantil em Portugal 2022*. https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Barros, L., Lopes, C., & Oliveira, A. (2019). Child and family characteristics are associated with a dietary variety index in 4-year-old children from the Generation XXI cohort. *Nutrition Research*, 63, 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2018.12.001>.
- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), 201–207.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bouhyaoui, L., Idaomar, D., Khabbache, K., El Boussadani, Y., & Oulmaati, A. (2024). The psychoaffective experience and psychosocial support of parents of premature newborns in 267 cases. *International Journal of Advanced Research*, 12(05), 695–699. <https://doi.org/10.21474/ijar01/18773>.
- Brando, N. (2019). Universalism, embeddedness and domination: An analysis of the Convention on the Rights of the Child. *Journal of Global Ethics*, 15(3), 270–286. <https://doi.org/10.1080/17449626.2019.1695221>.
- Buscemi, J., Berlin, K. S., Rybak, T. M., Schiffer, L. A., Kong, A., Stolley, M. R., Blumstein, L., Odoms-Young, A., & Fitzgibbon, M. L. (2016). Health behavior and weight

changes among ethnic and racial minority preschoolers and their parents:

Associations across 1 year. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(7), 777–785.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv165>.

Canadian Paediatric Society (2017). *Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world*. *Paediatrics & Child Health*, 22(8), 461–468.

<https://doi.org/10.1093/pch/pxx123>.

Carrol, H., Sarapuk, I., & Saturdayska, U. (2024). The impact of skin-to-skin contact upon stress in preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics*, 12,

1467500. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1467500>.

Casey, A. (1993). Development and use of partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucher (Eds.), *Advances in child health nursing* (pp. 183–193). Scutari.

Chinapaw, M. J., Altenburg, T. M., van Eijsden, M., Gemke, R. J., & Vrijkotte, T. G. (2014).

Screen time and cardiometabolic function in Dutch 5-6 year olds: Cross-sectional analysis of the ABCD-study. *BMC Public Health*, 14, 933.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-933>.

Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. P. (2020). Gestão da dor em pediatria:

Contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium*, 2(Edição

Especial n.º 5), 185–193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>.

Council on Communication and Media (2016). *Media and young minds*. *Pediatrics*, 138(5),

e20162591. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2591>.

Debillon, T., Zupan, V., Ravault, N., et al. (1994). Development and initial validation of the

EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 85, F36–F41.

Delahunt, A., Conway, M. C., O'Brien, E. C., Geraghty, A. A., O'Keeffe, L. M., O'Reilly, S. L.,

McDonnell, C. M., Kearney, P. M., Mehegan, J., & McAuliffe, F. M. (2022). Ecological factors and childhood eating behaviours at 5 years of age: Findings from the ROLO

longitudinal birth cohort study. *BMC Pediatrics*, 22, 366.

<https://doi.org/10.1186/s12887-022-03423-x>.

Deribe, L., Girma, E., Lindström, N. B., Gidey, A., Abate, S. T., & Addissie, A. (2024). Family-centered care for child cancer treatment in Ethiopia—A qualitative descriptive study. *Journal of Pediatric Nursing*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.07.030>.

Direção-Geral da Saúde – Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. (2024, 12 de agosto). *Norma n.º 05/2024, de 12/08/2024. Imunização sazonal contra o vírus sincicial respiratório em idade pediátrica: Outono-inverno 2024-2025*.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0052024-de-12082024-imunizacao-sazonal-contra-o-virus-sincicial-respiratorio-em-idade-pediatria-outono-inverno-2024-2025-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010–2016*. Ministério da Saúde.

<http://www.arsalentejo.minsaude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2010, 14 de dezembro). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças* (Norma n.º 014/2010). <https://www.dgs.pt>.

Federação Internacional de NIDCAP. (2020). *Dia mundial de NIDCAP – Folha informativa*. https://nidcap.org/wp-content/uploads/2020/02/WND_FactSheet-Portuguese-General.pdf.

Gai, N., Naser, B., Hanley, J., Peliowski, A., Hayes, J., & Aoyama, K. (2020). A practical guide to acute pain management in children. *Journal of Anesthesia*, 34(3), 421–433. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02767-x>.

- Gomes, G. M. D., Souza, R. C. V., Santos, T. N., & Santos, L. C. (2024). Screen exposure in 4-year-old children: Association with development, daily habits, and ultra-processed food consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(11), 1504. <https://doi.org/10.3390/ijerph21111504>.
- Guryev, S. O., Kushnir, V., Grebeniuk, V., & Volianskyi, P. (2023). Evaluation of the clinical and epidemiological characteristics of road traffic injuries in children as a medical and sanitary consequence of a man-made emergency. *Неонатологія, Хірургія Та Перинатальна Медицина*. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.xiii.4.50.2023.10>.
- Hammersley, M. L., Okely, A. D., Batterham, M. J., & Jones, R. A. (2019). Investigating the mediators and moderators of child body mass index change in the Time2bHealthy childhood obesity prevention program for parents of preschool-aged children. *Public Health*, 173, 50–57. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.017>.
- Haylı, Ç. M., Kösem, D. D., & Avcı, M. (2024). Family-centered care for pediatric patients. *Özgür Publications*. <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub492.c2056>.
- Hendrie, G. A., Coveney, J., & Cox, D. N. (2011). Factor analysis shows association between family activity environment and children's health behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(6), 524–529. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2011.00775.x>.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). Lusociência.
- Horan, M. (2023). An investigation into aetiology, detection and treatment of neonatal alloimmune thrombocytopenia. *International Undergraduate Journal of Health Sciences*, 4(1), Article 2. <https://doi.org/10.61862/2811-5937.1080>.
- Horezco, T., & Srouji, R. R. (2019). Acute pain in children. *Pain & Procedural Sedation in Acute Care*. <https://painandpsa.org/peds/>.

- Huo, J., Kuang, X., Xi, Y., Xiang, C., Yong, C., Liang, J., Zou, H., & Lin, Q. (2022). Screen time and its association with vegetables, fruits, snacks and sugary sweetened beverages intake among Chinese preschool children in Changsha, Hunan Province: A cross-sectional study. *Nutrients*, *14*(19), 4086. <https://doi.org/10.3390/nu14194086>.
- Im, Y. J., Jung, S., Park, Y.-A., & Eom, J. (2024). Research trends in family-centered care for children with chronic disease. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000001130>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2012). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Portugal: Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2025). *Programa Nacional de Rastreamento Neonatal*. <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/genetica-humana/programa-nacional-de-diagnostico-precoce/>.
- Jane, K., Wood, D., Gallagher, K., Livermore, P., Shoemark, H., & Robert, G. (2024). Parents' experiences of psychotherapeutic support on the neonatal unit: A mixed methods systematic review to inform intervention development for a multicultural population. *Nursing in Critical Care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/nicc.13194>.
- Johns Hopkins All Children's Hospital. (2023). *Neuroprotective care of the NICU infant clinical pathway*. https://www.hopkinsmedicine.org/-/media/files/allchildrens/clinical-pathways/neuroprotective-care-of-the-nicu-infant-11_22_23.pdf.
- Jusienė, R., Urbonas, V., Laurinaitytė, I., Rakickienė, L., Breidokienė, R., Kuzminskaitė, M., & Praninskienė, R. (2019). Screen use during meals among young children: Exploration of associated variables. *Medicina (Kaunas)*, *55*(10), 688. <https://doi.org/10.3390/medicina55100688>.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>.
- Kristo, A. S., Çınar, N., Kucuknil, S. L., & Sikalidis, A. K. (2021). Technological devices and their effect on preschool children's eating habits in communities of mixed socioeconomic status in Istanbul: A pilot cross-sectional study. *Behavioral Sciences (Basel)*, 11(11), 157. <https://doi.org/10.3390/bs11110157>.
- Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: An evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12, Article 33. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>.
- Makkar, A., Siatkowski, R. M., Szyld, E., Ganguly, A., & Sekar, K. C. (2020). Scope of telemedicine in neonatology. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 22(5), 396–408. <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2001135>.
- Maleki, M., Mardani, A., Harding, C., Basirinezhad, M. H., & Vaismoradi, M. (2022). Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health*, 18, 174550572211046. <https://doi.org/10.1177/17455057221104674>.
- Marsh, S., Taylor, R., Galland, B., Gerritsen, S., Parag, V., & Maddison, R. (2020). Results of the 3 Pillars Study (3PS), a relationship-based programme targeting parent-child interactions, healthy lifestyle behaviours, and the home environment in parents of preschool-aged children: A pilot randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 15(9), e0238977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238977>.
- Martín-Calvo, N., Usechi, A., Fabios, E., Gómez, S. F., & López-Gil, J. F. (2024). Television watching during meals is associated with higher ultra-processed food consumption

and higher free sugar intake in childhood. *Pediatric Obesity*, 19(8), e13130.

<https://doi.org/10.1111/ijpo.13130>.

Miguel-Berges, M. L., Santaliestra-Pasias, A. M., Mouratidou, T., Androutsos, O., de Craemer, M., Pinket, A. S., Birnbaum, J., Koletzko, B., Iotova, V., Usheva, N., Kulaga, Z., Gozdz, M., Manios, Y., & Moreno, L. A. (2017). Associations between food and beverage consumption and different types of sedentary behaviours in European preschoolers: The ToyBox-study. *European Journal of Nutrition*, 56(5), 1939–1951. <https://doi.org/10.1007/s00394-016-1236-7>.

Ministério da Saúde (2024). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP Programa Nacional de Rastreio Neonatal: relatório 2023/Comissão Executiva do Programa; Laura Vilarinho, Paula Garcia, Paulo Pinho e Costa. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, p. 27.

Mreihil, K., Benth, J. Š., Stensvold, H. J., Nakstad, B., Hansen, T. W. R., Norwegian NICU Phototherapy Study Group, & Norwegian Neonatal Network. (2018). Phototherapy is commonly used for neonatal jaundice but greater control is needed to avoid toxicity in the most vulnerable infants. *Acta Paediatrica*, 107(4), 611–619. <https://doi.org/10.1111/apa.14141>.

Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evidence Synthesis*, 20(4), pp.950-952. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00483>.

Must, A., & Parisi, S. M. (2009). Sedentary behavior and sleep: Paradoxical effects in association with childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 33(Suppl. 1), S82–S86. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.23>.

- Nadal, C., Sas, C., & Doherty, G. (2020). Technology acceptance in mobile health: Scoping review of definitions, models, and measurement. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e17256. <https://doi.org/10.2196/17256>.
- Neto, C. (2011). *O jogo e o desenvolvimento da criança*. Edições Universitárias Lusófonas.
- Nunes, L. (2020). Ética no cuidado à criança, jovem e família. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 65–79). Lidel – Edições Técnicas.
- Okely, T., Salmon, J., Vella, S., Cliff, D., Timperio, A., Tremblay, M., Trost, S., Shilton, T., Hinkley, T., Ridgers, N., Phillipson, L., Hesketh, K., Parrish, A., Janssen, X., Brown, M., Emmel, J. & Marino, N. (2012). A systematic review to update the Australian physical activity guidelines for children and young people. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia.
- Ontai, L. L., Sutter, C., Sitnick, S., Shilts, M. K., & Townsend, M. S. (2020). Parent food-related behaviors and family-based dietary and activity environments: Associations with BMI z-scores in low-income preschoolers. *Child Obesity*, 16(S1), S55–S63. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0105>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril. Diário da República, 2.ª série, N.º 79. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Diário da República, n.º 26, Série II. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020, maio 15). *Dia internacional de sensibilização para o método canguru*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>
- Organização Mundial da Saúde (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>.
- Pabayo, R., Spence, J. C., Cutumisu, N., Casey, L., & Storey, K. (2012). Sociodemographic, behavioural and environmental correlates of sweetened beverage consumption among pre-school children. *Public Health Nutrition*, 15(8), 1338–1346.
<https://doi.org/10.1017/S1368980011003557>.
- Padilla-Muñoz, E. M., Barbancho-Morant, M. M., Lanzarote-Fernández, M. D., Sanduvete-Chaves, S., & Chacón Moscoso, S. (2024). Psycho-emotional intervention with parents of very preterm babies during the first year: A single-arm pilot study. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.13002>.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

- Park, S. H., Park, C. G., Bahorski, J. S., & Cormier, E. (2019). Factors influencing obesity among preschoolers: Multilevel approach. *International Nursing Review*, 66(3), 346–355. <https://doi.org/10.1111/inr.12513>.
- Patel, S. R., & Hu, F. B. (2008). Short sleep duration and weight gain: A systematic review. *Obesity (Silver Spring)*, 16(3), 643–653. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.118>.
- Pearson, N., Biddle, S. J. H., Griffiths, P., Johnston, J. P., & Haycraft, E. (2018). Clustering and correlates of screen-time and eating behaviours among young children. *BMC Public Health*, 18, 753. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5698-9>.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Pollock, D., Peters, M. D. J., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Tricco, A. C. (2024). "How-to": Scoping review? *Journal of Clinical Epidemiology*, 170, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.03.005>.
- Popa, S., Ciongradi, C., Sarbu, I., Bica, O., Popa, I. P., & Bulgaru-Iliescu, D. (2023). Traffic accidents in children and adolescents: A complex orthopedic and medico-legal approach. *Children*, 10(9), 1446. <https://doi.org/10.3390/children10091446>.
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), pp.4744-4745. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, julho 12). Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2(113), pp.19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>.
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. (2024). *Programa Nacional de Rastreio Neonatal: Relatório 2023* (L. Vilarinho, P. Garcia, &

P. Pinho e Costa, Eds.). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/12/INSA_Relatorio-PNRN-2023.pdf.

Rodrigues, D., Gama, A., Machado-Rodrigues, A. M., Nogueira, H., Silva, M. G., Rosado-Marques, V., Stamatakis, E., Jago, R., & Padez, C. (2021). Screen media use by Portuguese children in 2009 and 2016: A repeated cross-sectional study. *Annals of Human Biology*, 48(1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/03014460.2021.1876921>.

Royal College of Paediatrics and Child Health (2019). *The health impacts of screen time: A guide for clinicians and parents*. <https://www.rcpch.ac.uk/resources/health-impacts-screen-time-guide-clinicians-parents>.

Saldanha-Gomes, C., Marbac, M., Sedki, M., et al. (2020). Clusters of diet, physical activity, television exposure and sleep habits and their association with adiposity in preschool children: The EDEN mother-child cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 20. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00927-6>.

Sandvik, P., Ek, A., Somaraki, M., Hammar, U., Eli, K., & Nowicka, P. (2018). Picky eating in Swedish preschoolers of different weight status: Application of two new screening cut-offs. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0706-0>.

Shelley, T. (2021). Importance of movement for young children. *European Journal of Education Studies*, 8(5), 271–275. <https://doi.org/10.46827/ejes.v8i5.3717>.

Silva, A., Dupuis, K.-L., Dhanani, S., James, L., Lotherington, K., & Silva e Silva, V. (2024). *Coping strategies used by registered nurses in acute and critical care settings: A scoping review protocol*. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 35(1), 11–17. <https://doi.org/10.5737/23688653-35111>.

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2024). *Recomendações para a utilização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica*.

<https://neuropediatria.pt/recomendacoes-snpn-ecras-e-tecnologia-digital/>.

Swedler, D. I., Ali, B., Hoffman, R., Leonardo, J., Romano, E., & Miller, T. R. (2024). Injury and fatality risks for child pedestrians and cyclists on public roads. *Injury Epidemiology*, 11(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40621-024-00497-2>.

Tester, J. M., Phan, T. T., Tucker, J. M., Leung, C. W., Dreyer Gillette, M. L., Sweeney, B. R., Kirk, S., Tindall, A., Olivo-Marston, S. E., & Eneli, I. U. (2018). Characteristics of children 2 to 5 years of age with severe obesity. *Pediatrics*, 141(3), e20173228. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3228>.

Thomas, S., Ryan, N. P., Byrne, L. K., Hendrieckx, C., & White, V. (2023). Unmet supportive care needs of families of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 7101–7124. <https://doi.org/10.1111/jocn.16806>.

Thompson, D. A., Schmiege, S. J., Johnson, S. L., Vandewater, E. A., Boles, R. E., Zambrana, R. E., Lev, J., & Tschann, J. M. (2018). Screen-related parenting practices in low-income Mexican American families. *Academic Pediatrics*, 18(7), 820–827. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.05.002>.

Ungureanu, S., Ciocan, V., Mureşan, C.-O., Stan, E., Gavriiliţă, G.-D., Sirmon, A., Pop, C., & Enache, A. (2024). Road fatalities in children aged 0–17: Epidemiological data and forensic aspects on a series of cases in a single-centre in Romania. *Children*, 11(9), 1065. <https://doi.org/10.3390/children11091065>.

Urbina, T., Balasundaram, M., Coughlin, M. A., Sorrells, K., Toney-Noland, C., & Day, C. (2024). The why and how of family-centered care. *NeoReviews*, 25(7), e393–e400. <https://doi.org/10.1542/neo.25-7-e393>.

Wang, L., Jansen, W., van Grieken, A., Vlasblom, E., Boere-Boonekamp, M. M., L’Hoir, M. P., & Raat, H. (2020). Identifying patterns of lifestyle behaviours among children of 3

years old. *European Journal of Public Health*, 30(6), 1115–1121.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa109>.

Xiong, R., Spaccarotella, K., Quick, V., & Byrd-Bredbenner, C. (2019). Generational differences: A comparison of weight-related cognitions and behaviors of Generation X and Millennial mothers of preschool children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2431. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132431>.

Yazıcı Çakıroğlu, T., & Sapsağlam, Ö. (2024). Examination of the life habits of preschool children based on their screen use patterns. *Children (Basel)*, 11(7), 856.

<https://doi.org/10.3390/children11070856>.

Yoo, S. Y., & Cho, H. (2020). Exploring the influences of nurses' partnership with parents, attitude to families' importance in nursing care, and professional self-efficacy on quality of pediatric nursing care: A path model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5452. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155452>.

Zohrehvand, L., Şahbudak, B., & Karabulut, B. (2024). The effect of hospitalization in the neonatal intensive care unit on maternal stress and attachment: Neonatal intensive care unit environment effect. *Alpha Psychiatry*, 25(3), 344–349.

<https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231497>.

Apêndice

Apêndice I. Póster desenvolvido durante o Ensino clínico do internamento de pediatria.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES

UTILIZAÇÃO ADEQUADA DE ECRÃS



Politécnico
de Viseu
Saúde



O tempo de ecrã...

... que a criança/adolescente depende no seu dia a dia, deve ser **equilibrado**, com atividade física e contacto com a natureza!!

01

Gerir o tempo...

... é um desafio para as famílias, mas é **possível!**



Até aos 2 anos	.....	não recomendado
Dos 2 aos 3 anos	.....	30 minutos/dia
Dos 3 aos 5 anos	.....	60 minutos/dia
Dos 5 aos 6 anos	.....	90 minutos/dia
Dos 6 aos 12 anos	.....	150 minutos/dia
Mais de 12 anos	.....	Caso a caso, com supervisão parental!

02

O excesso de ecrãs tem efeitos negativos e provoca...

- alterações no desenvolvimento infantil (diminui a capacidade cognitiva, a memória e velocidade de processamento);
- dificuldades nas habilidades emocionais e sociais;
- aumento de sintomas depressivos, ansiedade, problemas de comportamento, perturbações de hiperatividade, défice de atenção e baixa autoestima;
- redução da interação com a família e conduz ao isolamento social;
- distúrbios na higiene e qualidade do sono;
- aumento do excesso de peso/obesidade...



03

Aproveite os anos INCRÍVEIS do seu(a) filho(a)...

- centre-se na criança e deixe-se conduzir por ela;
- adeque o ritmo da brincadeira;
- seja sensível aos sinais da criança;
- elogie e incentive as ideias e criatividade;
- encoraje a fantasia ou o jogo de "faz de contas";
- dê atenção ao brincar positivo;
- ajuste os seus próprios hábitos de tempo de ecrã.



04

Deve **MONITORIZAR** regularmente a utilização dos ecrãs, no **TEMPO** e no **CONTEÚDO!**



Trabalho realizado por:
Vitória Cardoso
Aluna n.º 29221 do CMESIP