CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA TRANSIÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM PARA O DOMICÍLIO

SPECIALIST NURSE'S CONTRIBUTION IN TRANSITION OF CHILD/YOUNG PEOPLE TO HOME

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

por

Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro

Lisboa, 2024

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA TRANSIÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM PARA O DOMICÍLIO

SPECIALIST NURSE'S CONTRIBUTION IN TRANSITION OF CHILD/YOUNG PEOPLE TO HOME

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

por

Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro
Sob orientação de: Professora Doutora Joana Romeiro

Lisboa, 2024

"*Ser enfermeiro é colorir a vida de alguém sem usar lápis de cor*".

Vizleide Alves Vieira

AGRADECIMENTOS

Adaptar expressões de gratidão envolve sempre um risco, uma vez que podemos incorrer em injustiças ao negligenciar alguns agradecimentos. No entanto, não posso deixar de mencionar algumas pessoas importantes neste processo.

Aos meus pais pelo constante suporte, carinho e conforto que me deram, nunca me deixando desistir deste árduo caminho.

A todos os colegas de trabalho, pela paciência, boa disposição e por aceitarem todos os pedidos de troca.

A ti, Cláudia, por seres a parceira deste percurso, pela amizade e apoio incondicional.

Uma merecida referência a todos os meus amigos pelo seu apoio, incentivo e amizade, em especial à Francisca e à Vanessa por acreditarem sempre que iria ser possível.

Ao corpo docente: à Professora Margarida Lourenço que numa fase inicial acreditou em mim e ajudou a dar o primeiro passo no caminho deste projeto. À Professora Joana Romeiro, pela sua exemplar orientação e disponibilidade constante, com a sua visão crítica e elevado rigor científico. Às Professoras Sílvia Ramos e Zaida Charepe pela disponibilidade e por contribuírem para a aquisição de competências especializadas.

Uma referência particular às enfermeiras orientadoras, Enf.ª Filipa, Enf.ª Marta e Enf.ª Carla, pelo carinho, disponibilidade e partilha de saberes, que sem elas este percurso não seria possível de concretizar.

Para além do mais, saúdo todos os colegas das respetivas equipas que me receberam e que tive o privilégio de acompanhar.

Por fim, a todas as crianças/jovens e famílias por me permitirem fazer parte das suas experiências e vivências, contribuindo para o meu percurso como futura Enfermeira Especialista.

Muito obrigada!

RESUMO

O cuidar em pediatria preconiza-se que seja no domicílio ou em ambulatório, sempre que possível. Assim, o presente relatório de estágio explana uma análise reflexiva sobre um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de Mestre em Enfermagem, com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica, com suporte teórico na Teoria das Transições de Afaf Meleis e no Modelo de Cuidados da Hospitalização Domiciliária Pediátrica. Comparativamente com o internamento convencional, a Hospitalização Domiciliária Pediátrica é promotora da união familiar e do conforto, proporcionando uma experiência mais humanizada. Posto isto, os cuidados de enfermagem neste percurso foram prestados de modo individualizado e personalizado, com enfoque na transição para o domicílio, através do acompanhamento e capacitação parental que permitam um processo de alta atempado, mas seguro, em todas as faixas etárias.

Assumindo como objetivo geral o "desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família com ênfase na transição hospital-domicílio" foram desenvolvidas intervenções especializadas em contexto de neonatologia, cuidados intensivos pediátricos e internamento de pediatria respeitando a Metodologia de Trabalho Projeto. Em consonância com os objetivos delineados em cada contexto de estágio, destacam-se algumas intervenções desenvolvidas. Num serviço de neonatologia foram prestados cuidados centrados na família e promotores de uma transição segura e capacitada para o domicílio, através de grupos de pais com componente formativa, seguimento das famílias e otimização da carta de transferência/alta de enfermagem. Na unidade de cuidados intensivos privilegiou-se a avaliação da satisfação parental como conduta de melhoria contínua e a uniformização dos cuidados à criança/jovem com diabetes *mellitus*. Por fim, no internamento foi delineado um plano promotor de uma transição efetiva para o domicílio na criança/jovem com tuberculose, criando-se um jogo de tabuleiro terapêutico e um *quizz* associando a capacitação com o brincar.

Realça-se ainda, a submissão de publicação de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e outros trabalhos de disseminação científica no âmbito da Hospitalização Domiciliária Pediátrica e da melhoria contínua dos cuidados. Todo este percurso resultou, portanto, na aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre, comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: criança; domicílio; enfermagem pediátrica; pais; transição.

ABSTRACT

Pediatric care should be provided at home or on a daily basis, whenever that is possible. Thus, this internship report provides a reflective analysis on the acquisition and development of the common competences of a Master in Nursing, specializing in Child and Paediatric Health, with theoretical support from Afaf Meleis' Transitions Theory and the Paediatric Home Hospitalization Care Model. Paediatric Home Hospitalization promotes family union and comfort, providing a more humanized experience compared to conventional hospitalization. Therefore, nursing care during this period was provided in an individualized and personalized way, with a focus on the transition to home, through parental support and training to enable a timely but safe discharge process for all age groups.

With the general objective of "developing common and specific Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing competencies in the provision of specialized care to children/young people and their families, with an emphasis on the hospital-home transition", specialized interventions were developed in the context of neonatology, paediatric intensive care and paediatric inpatient care, respecting the Project Work Methodology. In line with the objectives outlined in each internship context, some of the interventions developed stand out. In the neonatology unit, family-centred care was provided to promote safe and empowered transition to home, through parent groups with training component, family follow-up and optimization of the nursing transfer/discharge letter. In the intensive care unit, emphasis was placed on assessing parental satisfaction as a means of continuous improvement and standardizing care for children with diabetes *mellitus*. Finally, in the inpatient unit, a plan was drawn up to promote an effective transition to home for children/young people with tuberculosis, creating a therapeutic board game and a quiz that allows association between training with play.

Also noteworthy is the submission for publication of a systematic review of qualitative studies and other scientific dissemination work in the field of Paediatric Home Hospitalization and continuous improvement of care. This entire journey has therefore resulted in the acquisition and development of Master's competences, common to Specialist Nurses and specific to Specialist Nurses in Child and Paediatric Health.

Keywords: child; home; paediatric nursing; parents; transition.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CAD – Cetoacidose Diabética

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DEP - Dispositivos eletrónicos de perfusão

DM – *Diabetes Mellitus*

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EE – Enfermeiro especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HDP – Hospitalização Domiciliária Pediátrica

ISBAR - Identificação; Situação atual; Antecedentes; Avaliação e Recomendações

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LM – Leite materno

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*

N-PASS - *Neonatal-Pain, Agitation and Sedation Scale*

NANDA-I - Associação Americana de Diagnóstico de Enfermagem

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NISS - *Neonatal Infant Stressor Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. - página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PRIMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*

RN – Recém-nascido

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SE – Saúde escolar

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TIP – Transporte inter-hospitalar pediátrico

UC – Unidade curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL 16

1.1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS 17

1.2. UMA TRANSIÇÃO SEGURA PARA O DOMICÍLIO ATRAVÉS DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA 20

2. ANÁLISE REFLEXIVA SEGUNDO AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 25

2.1. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA – UM CONTRIBUTO ESPECIALIZADO PARA A ALTA PRECOCE E UMA TRANSIÇÃO SEGURA PARA O DOMICÍLIO ATRAVÉS DA CAPACITAÇÃO E EMPOWERMENT PARENTAL 26

2.1.1. Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento do RN de termo e pré-termo 29

2.1.2. Contribuir para a uniformização das práticas de capacitação parental e preparação para a alta em neonatologia 34

2.1.3. Colaborar na gestão dos cuidados, otimizando o processo de transição para o domicílio 36

2.1.4. Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da HDP 38

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS – A SATISFAÇÃO PARENTAL E A CAPACITAÇÃO PRECOCE COMO INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA 39

2.2.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem gravemente doente/em situação crítica e sua família 42

2.2.2. Contribuir para a uniformização dos cuidados à criança/jovem com diabetes inaugural com cetoacidose diabética e sua família 45

2.2.3. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco no papel parental 46

2.3. INTERNAMENTO DE INFECCIOLOGIA – UMA TRANSIÇÃO EFETIVA PARA O DOMICÍLIO ATRAVÉS DO BRINCAR, CAPACITAR E ACOMPANHAR 49

2.3.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença infetocontagiosa, crónica e/ou oncológica 50

2.3.2. Desenvolver um plano de intervenção especializada no âmbito da transição para o domicílio da criança/jovem e família 56

3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 61

CONSIDERAÇÕES FINAIS 64

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66

ANEXOS 81

ANEXO I – REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE 82

ANEXO II - REGULAMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESIP 90

ANEXO III - MATRIZ CONCEPTUAL DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS (2000) 94

ANEXO IV - PUBLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE REVISÃO 96

ANEXO V - POSTER "A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA – CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: UM PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA" 98

ANEXO VI - SUBMISSÃO PARA PUBLICAÇÃO DE UM ARTIGO NUMA REVISTA 101

ANEXO VII – CERTIFICADO DE VISITA A UMA UHDP 103

ANEXO VIII - NUVEM DE PALAVRAS "SENTIMENTOS, VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS DA CRIANÇA E FAMÍLIA" 105

ANEXO IX - CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO EM CONFERÊNCIAS, SEMINÁRIOS, JORNADAS E OUTRAS FORMAÇÕES 107

ANEXO X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E COMISSÃO ORGANIZADORA DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO 128

ANEXO XI - ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR/*STRESS* EM NEONATOLOGIA 131

ANEXO XIV – CERTIFICADO DA FORMAÇÃO "SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO 139

ANEXO XII - POSTER "CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA - APLICAÇÃO DA ESCALA "NURSE PARENT SUPPORT TOOL" NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS" 142

ANEXO XIII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO "PARCEIROS NOS CUIDADOS" 145

APÊNDICES 147

APÊNDICE I - CRONOGRAMA DE ESTÁGIO 148

APÊNDICE II - ESTRATÉGIAS DE PESQUISA 150

APÊNDICE III - REFLEXÃO CRÍTICA "A EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA" 166
APÊNDICE IV - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: SERVIÇO DE NEONATOLOGIA 185
APÊNDICE V - PLANO DE PROJETO – SERVIÇO DE NEONATOLOGIA 195
APÊNDICE VI - SESSÃO DE FORMAÇÃO: "SINAIS DE ALARME NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO – UMA TRANSIÇÃO SEGURA PARA O DOMICÍLIO" 202
APÊNDICE VII - SESSÃO DE FORMAÇÃO: "O MEU BEBÉ ENGASGOU-SE! E AGORA?" 220
APÊNDICE VIII – FICHEIROS DE CARTA DE ALTA E CARTAS DE TRANSFERÊNCIA 233
APÊNDICE IX - SESSÃO DE FORMAÇÃO "A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA: CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA/FAMÍLIA NO DOMICÍLIO" 239
APÊNDICE X - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS 261
APÊNDICE XI - PLANO DE PROJETO – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS . 265
APÊNDICE XII - ESTRATÉGIA DE PESQUISA – DIABETES MELLITUS COM CETOACIDOSE DIABÉTICA 271
APÊNDICE XIII - NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA "CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES MELLITUS COM CETOACIDOSE DIABÉTICA 273
APÊNDICE XIV - CARTAZ INFORMATIVO "O MEU FILHO TEM DIABETES E ESTÁ NOS CUIDADOS INTENSIVOS! E AGORA?" 288
APÊNDICE XV- FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO NA CAD 290
APÊNDICE XVI - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ESCALA DE APOIO DOS ENFERMEIROS AOS PAIS - *THE NURSE PARENT SUPPORT TOOL* 292
APÊNDICE XVII - AUTORIZAÇÕES INERENTES À APLICAÇÃO DA ESCALA DE APOIO DOS ENFERMEIROS AOS PAIS "*THE NURSE PARENT SUPPORT TOOL*" 298
APÊNDICE XVIII - SESSÃO FORMATIVA "ESCALA DE APOIO DOS ENFERMEIROS AOS PAIS – THE NURSE PARENT SUPPORT TOOL" 300
APÊNDICE XIX – RESULTADOS DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE APOIO DOS ENFERMEIROS AOS PAIS "THE NURSE PARENT SUPPORT TOOL" 314
APÊNDICE XX - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: INTERNAMENTO DE INFECCIOLOGIA 318
APÊNDICE XXI - PLANO DE PROJETO – INTERNAMENTO DE INFECCIOLOGIA 335
APÊNDICE XXII - CARTAZ INFORMATIVO "ESTAMOS EM ISOLAMENTO! E AGORA?" 340
APÊNDICE XXIII - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: TUBERCULOSE EM IDADE PEDIÁTRICA 342
APÊNDICE XXIV - MATERIAIS DESENVOLVIDOS NO ÂMBITO DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA COM O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE 346

APÊNDICE XXV – PROGRAMA DE FOLLOW UP – UMA TRANSIÇÃO FACILITADA PARA O DOMICÍLIO 366
APÊNDICE XXVI - SESSÃO FORMATIVA "HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA: AS EXPERIÊNCIAS DA CRIANÇA E FAMÍLIA" 373

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Síntese de experiências e vivências em HDP 13
Figura 2 - Diagnóstico de situação no serviço de neonatologia 28
Figura 3 - Diagnóstico de situação da unidade de cuidados intensivos pediátricos 41
Figura 4 - Diagnóstico de situação no internamento de infecciologia 50

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) "Estágio Final e Relatório", que se desenvolve ao longo de três contextos assistenciais (Apêndice I). O primeiro contexto diz respeito a um serviço de neonatologia, o segundo foi realizado numa unidade de cuidados intensivos pediátricos e o terceiro num serviço de internamento. Este apresenta uma duração global de 750 horas de trabalho, das quais 360 horas de contacto, integradas no 16.º Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica, da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

No âmbito deste mestrado foi solicitada a elaboração de um relatório de estágio com um projeto integrado, e sua posterior implementação, permitindo aperfeiçoar as competências já adquiridas ao longo da minha atividade profissional como Enfermeira de Cuidados Gerais e desenvolver novas Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

O projeto de estágio constitui-se como um plano de trabalho que visa intervir num problema detetado. A metodologia adotada foi a Metodologia de Trabalho Projeto. Esta foca-se num problema real identificado e na concretização de intervenções válidas para a sua resolução e consiste em cinco etapas sequenciais: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução, e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

Como ponto de partida inicial, propus-me a conhecer a dinâmica dos contextos, nomeadamente o seu espaço físico e a cultura organizacional. Ao longo dos estágios tive a oportunidade de observar e participar ativamente nos cuidados em todas as faixas etárias, em contexto de neonatologia, cuidados intensivos pediátricos e internamento. Em cada um destes, a cada objetivo traçado, foram associados recursos humanos e materiais necessários, bem como indicadores de avaliação: estrutura, processo, impacto e resultado. Estes indicadores facilitam a análise ininterrupta dos cuidados de enfermagem nas instituições, permitindo a identificação de circunstâncias que demandam intervenções, visando atingir os padrões de qualidade e excelência previamente estabelecidos. O que se almeja enfatizar com isso, é que mentos permitem implementar ações corretivas nos processos identificados como causadores de resultados insatisfatórios e/ou validar a eficácia de intervenções específicas,

com vista à melhoria do desempenho, eficiência e qualidade (Haddad & Rossaneis, 2011; Rossaneis et al., 2015).

Para orientar o meu percurso de aprendizagem como futura EESIP, e considerando que a enfermagem é fundamentada na teoria e na prática, optei por ancorar a minha prática mobilizando os conhecimentos inerentes à Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que esta descreve a natureza dos processos de transição. Numa vertente mais prática, a temática que impulsionou o desenvolvimento deste relatório de estágio foi a Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP), havendo um enfoque particular para a alta precoce, capacitação, *empowerment* parental e transição para o domicílio, uma vez que a implementação integral deste modelo de cuidados iria requerer um período de estágio muito superior ao que foi desenvolvido. Assim, delineei como objetivo geral transversal aos três contextos de estágio "*desenvolver competências comuns e específicas de EESIP na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família com ênfase na transição hospital-domicílio*". Ao longo do relatório de estágio, a designação de pais contempla pai, mãe ou cuidador que desempenha funções de parentalidade. Acresce-se, ainda, que o termo criança engloba a faixa etária dos 0 aos 17 anos e 364 dias.

O mundo está em permanente transição, pelo que se deve utilizar a capacidade da ciência de enfermagem em oferecer cuidados de qualidade, visando capacitar as pessoas para atingirem o seu potencial máximo, elevando o seu bem-estar, mesmo perante condições de doença (Meleis, 2018), envolvendo sempre a família. A prestação de cuidados de enfermagem envolve diversas transições, sendo que o enfermeiro assume um papel privilegiado na deteção de necessidades com vista a planear intervenções que facilitem estes processos de transição (Meleis, 2010).

A HDP, como modelo de cuidados alternativo à hospitalização convencional, tem como principal propósito a prestação de cuidados mais próximos da criança e família, sem comprometer a dinâmica familiar. Neste percurso de desenvolvimento de competências foi privilegiado o recurso à investigação qualitativa, de modo a compreender melhor o fenómeno da HDP e, por conseguinte, delinear melhor intervenções que visem melhorar as experiências e vivências da criança/jovem e família durante o internamento e a sua transição para o domicílio.

A prestação de cuidados em diferentes valências elucidou-me sobre a importância de encarar os pais como verdadeiros parceiros nos cuidados e ter como foco de atenção a sua capacitação, promovendo os cuidados centrados na família bem como uma parentalidade

positiva. A capacitação constitui-se essencial na criação de condições ideais para que um processo de transição seja bem sucedido (Schumacher & Meleis, 2010).

Para uma melhor sistematização e estruturação deste relatório, após a introdução, este encontra-se organizado em três partes principais. Na primeira parte é apresentado um enquadramento teórico e conceptual, abordando a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o modelo de cuidados da HDP.

O segundo capítulo explana uma análise reflexiva das competências do EE apresentadas em três subcapítulos. O primeiro é relativo a um serviço de neonatologia, com enfoque numa alta precoce e na transição segura para o domicílio através da capacitação e *empowerment*. O segundo descreve as atividades numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, no âmbito da satisfação parental e capacitação precoce. No terceiro é abordado o percurso de desenvolvimento de competências num internamento, com foco na transição para o domicílio através do brincar, capacitar e acompanhar.

No terceiro capítulo é apresentada uma avaliação das atividades desenvolvidas, onde é explanado o percurso de desenvolvimento de competências, interligando os objetivos definidos com os indicadores de avaliação. Por último, são proferidas algumas considerações finais seguindo-se as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Inerente a este relatório serão concretizadas diversas reflexões no âmbito dos cuidados de enfermagem e das atividades desenvolvidas ao longo dos diversos campos de estágio, sendo esta prática descrita por Sousa & Meneses (2016) como um contributo primordial no processo de aquisição de competências e de construção de saberes. Em suma, importa salientar a importância da prática clínica ser baseada nos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados, com base numa reflexão contínua relativa à qualidade do exercício profissional do enfermeiro, que suporte os processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados com vista ao alcance da promoção da saúde, prevenção da doença, o bem-estar e o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

As referências bibliográficas são elaboradas através da norma *American Phychological Association* (7º edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este capítulo será iniciado com uma breve fundamentação sobre a importância dos modelos teóricos e da intervenção do EESIP com base na qualidade, literacia em saúde e capacitação parental. Neste âmbito, pretende-se aprofundar duas questões essenciais para a enfermagem: a maneira como as famílias lidam com a transição e como o ambiente influencia os fatores de *coping*, integrando o modelo de cuidados da HDP e interligando com as competências comuns (Anexo I) e específicas (Anexo II) do EESIP.

A utilização de uma base teórica como eixo norteador pressupõe-se como fulcral para a construção e implementação do projeto de estágio. Considerando o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, uma das competências a ser desenvolvida pelo EESIP é a seleção de um modelo de cuidados adequado ao contexto e à população a quem se presta cuidados. O EESIP atua numa filosofia de cuidados centrados na família, numa relação de parceria, com destaque nas interações e processos comunicacionais, considerando quatro principais áreas de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; e negociação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O pensamento crítico em enfermagem envolve o raciocínio clínico, o julgamento e o processo de tomada de decisão, sendo este orientado por padrões, diretrizes, códigos de ética e legislação. Este pensamento é influenciado pelas necessidades da pessoa alvo dos cuidados, família, comunidade e dos enfermeiros que prestam cuidados competentes e eficientes (Alvaro-LeFevre, 2022). Nesse sentido, a construção deste relatório de estágio e a intervenção especializada rege-se por princípios, nomeadamente pelos emanados no Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa e na Base II da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (Alterada pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro) (Deodato, 2017).

Para facilitar a compreensão da intervenção em cada contexto, importa definir os quatro conceitos metaparadigmáticos. Assim, a pessoa engloba a criança/jovem e família que precisa de cuidados. Os cuidados de enfermagem envolvem todos os cuidados especializados à pessoa alvo dos cuidados. No ambiente privilegia-se o contexto hospitalar, tendo como foco a transição para o domicílio. Por fim, na saúde abrangemos todos os outcomes a atingir, onde se inclui a capacitação parental com ganhos em saúde.

O cuidado profissional engloba uma tríade composta por competência, cuidado e conexão, aspetos essenciais para uma boa comunicação e conexão com os indivíduos alvo dos cuidados (Eriksson et al., 2015). Neste cuidado insere-se a melhoria da qualidade de vida que está diretamente relacionada com o conceito de capacitação e literacia em saúde que envolve a motivação, a aquisição de conhecimentos e as competências requeridas para aceder, perceber, avaliar e implementar a informação no dia-a-dia relativamente aos cuidados de saúde (Goes, 2019; Sørensen, 2023).

Na perspetiva de Carvalhais e colaboradores (2022), os pais são verdadeiros parceiros na prestação de cuidados, não sendo conceituados como visitas. Desta forma, acresce aos cuidados de ser pai ou mãe a responsabilização pela promoção da saúde, prevenção da doença e a reabilitação dos filhos menores (Deodato, 2020). O EESIP deve valorizar e respeitar as experiências e vivências dos cuidadores, individualizando os cuidados (Ramos et al., 2020).

1.1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

A disciplina de enfermagem tem como foco o processo e as vivências dos seres humanos que superam um processo de transição, em que os resultados passam pela saúde e pelo o bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994). A teoria dá-nos uma visão lógica e racional do contexto, do processo, do resultado e orienta a prática clínica. As conceções da disciplina guiam os enfermeiros ao fornecer um referencial teórico e os propósitos para o diagnóstico, intervenção e avaliação, passando a prática a ser mais eficaz e eficiente (Meleis, 2018). Para além do elencado, podem ajudar a compreender circunstâncias complexas especialmente em situação de vulnerabilidade (Meleis et al., 2000).

Foi priorizado um modelo teórico, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que o conceito central desta é a transição e que os enfermeiros intervêm no sentido de facilitar esse processo (Meleis & Trangenstein, 1994). A fim de melhorar os cuidados prestados baseados em evidência científica, foi seguida esta orientação teórica com o propósito de explicar o fenómeno de interesse, a transição para o domicílio.

O meio ambiente influencia indubitavelmente o estado de saúde de cada um, bem como o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem. Para além do mais, o foco da disciplina de enfermagem centra-se na saúde e na adaptação, nas transições saúde-doença e nas respostas humanas diante de condições de saúde ou doença (Meleis, 2018).

Na perspetiva de Meleis (2019), eventos como um internamento hospitalar, a preparação da alta, o diagnóstico de uma doença crónica e ser informado sobre um diagnóstico grave, apesar de aparentemente serem distintos, partilham o facto de despoletarem um processo de transição com uma séria de respostas humanas. Cada um dos eventos supracitados envolve um processo de adaptação e de aquisição de novas competências, exigindo a mobilização de recursos internos e externos, vivenciando-se diferentes níveis de incerteza principalmente por um futuro desconhecido (Meleis, 2019).

Esta teoria ajuda a compreender as fases pelas quais a pessoa pode passar e como decifrar as respostas em cada uma delas (Meleis, 2019). Porém, importa primeiramente compreender o significado de transição. Transição é a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outra, sendo este um processo desencadeado por uma mudança, como por exemplo a hospitalização (Chick & Meleis, 1986). Na perspetiva de Messias (1997), as transições são vistas como padrões de diversidade e complexidade. Por outro lado, a transição é ainda causadora de transformações na vida, no estado de saúde, nas relações interpessoais e no ambiente, sendo esta multidimensional, complexa e singular (Meleis et al., 2000).

Uma das caraterísticas definidoras da transição é a consciência, uma vez que se relaciona com a perceção, o saber e o reconhecimento do processo de transição, através do envolvimento que a pessoa tem na procura de informações e na participação em atividades. Os processos de transição incluem a passagem por pontos críticos, como por exemplo o diagnóstico de uma doença, requerendo a intervenção do enfermeiro, com conhecimento e proficiência. Aqui pode emergir uma maior vulnerabilidade, evidenciando-se sentimentos de incerteza e ansiedade (Meleis et al., 2000).

Através da análise da matriz conceptual da teoria das transições (Anexo III) percecionam-se 4 tipos de transições: desenvolvimental, saúde-doença, situacional e organizacional (Meleis et al., 2000). A transição desenvolvimental relaciona-se com o crescimento e desenvolvimento. Dentro desta, duas das transições que causam um maior impacto são a da infância para a adolescência e a da idade adulta à velhice. A transição saúde-doença envolve essencialmente a mudança abrupta ou progressiva de um estado de saúde para um estado de doença aguda ou crónica. Por outro lado, a transição situacional, abrange a inclusão ou exclusão de um membro da família por meio do nascimento ou falecimento, implicando uma definição ou redefinição dos papéis. É exemplo disto a transição de um papel não parental para um papel parental, que pode ser incorporado no contexto de neonatologia, envolvendo a mudança de uma díade para uma tríade (Meleis,

2010; Meleis, 2018). Por último, a transição organizacional, implica mudanças no ambiente que podem ser desencadeadas por alterações no ambiente social, político, económico ou na estrutura da organização, influenciando tanto a vida dos trabalhadores como das pessoas que recebem cuidados (Schumacher & Meleis, 2010). Ao longo deste relatório de estágio será focada a **transição saúde-doença**, realçando a transição para o domicílio.

À luz desta teoria, realça-se que a vulnerabilidade pode ser percecionada através do entendimento das vivências e das respostas de quem passa por um processo de transição (Meleis et al., 2000). Perante a doença e/ou hospitalização de uma criança emergem desafios inerentes ao tratamento e à recuperação (Zakayo et al., 2020), sendo que este processo de transição acarreta inevitavelmente uma situação de vulnerabilidade e adaptação familiar.

A equipa de enfermagem desempenha um papel de facilitador dos processos de transição, constituindo o epicentro dessas transformações, uma vez que é o enfermeiro que apoia e prepara as famílias para ultrapassar este processo, com vista ao alcance do bem-estar e da qualidade de vida (Meleis, 2019; Nunes et al., 2023). O enfermeiro deve ainda direcionar a sua importância para os padrões de desenvolvimento da transição da pessoa ou da família como um todo ao invés de focalizar exclusivamente num tipo de transição (Meleis et al., 2000). As terapêuticas de enfermagem envolvem não só as intervenções de enfermagem como os objetivos dessas intervenções. É imperativo identificar, elucidar, desenvolver, testar e avaliá-las, uma vez que estas capturam as diversidades e complexidades inerentes às experiências de transição (Meleis et al., 2000: Meleis, 2019).

O empowerment, a resiliência e a melhoria da qualidade de vida fazem parte de uma estratégia integrada de promoção da saúde (Loureiro & Miranda, 2018). Uma capacitação prévia culmina na facilitação do processo de transição devendo estar intrinsecamente ligado a uma perceção das expectativas, bem como das estratégias para gerir o mesmo (Meleis et al., 2000).

Em todos os processos de transição existe uma dimensão subjetiva relacionada à conquista de um equilíbrio na vida individual (Meleis et al., 2000). Desta maneira, podemos aferir que a intervenção do EESIP deverá ser sempre individualizada, a fim de dar resposta às necessidades da criança/família, uma vez que diferentes famílias têm diferentes necessidades. Em seguida dá-se destaque a um modelo de cuidados alternativo à hospitalização convencional, realçando os seus benefícios, desafios e experiências da criança e família.

1.2. UMA TRANSIÇÃO SEGURA PARA O DOMICÍLIO ATRAVÉS DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA

A pessoa e o ambiente estão em permanente interação (Meleis, 2018). As preocupações com o ambiente remontam aos tempos de Florence Nightingale, uma vez que para conseguir prestar cuidados de enfermagem teve de previamente solucionar os problemas com o ambiente, no sentido de promover transformações de cariz social. A sua orientação aos profissionais de enfermagem, incluindo aqueles envolvidos tanto na prestação de cuidados em meio hospitalar como domiciliário, consistiu em estabelecer e sustentar um ambiente terapêutico visando otimizar o conforto e a recuperação (Pfettscher, 2018). Sabendo que a pessoa interage com o meio onde está inserida, atualmente verifica-se uma preocupação com o controlo do ambiente e o cuidar de um modo mais humanizado (Teixeira & Cardoso, 2023). Em conformidade, já a Carta de Ottawa (1986) deixou iminente uma necessidade de mudança de atitude nos serviços de saúde, privilegiando a promoção da saúde, mudando o foco para as necessidades da pessoa, enfatizando a sua participação ativa nas decisões.

Em Portugal, o programa do XXI Governo Constitucional determinou como foco do desenvolvimento da modernização do Serviço Nacional de Saúde as necessidades da pessoa alvo dos cuidados, facilitando a acessibilidade, equidade e humanização, mantendo a qualidade e sustentabilidade. Neste processo, definiu-se como objetivo a mobilização da prestação de cuidados das instituições para o domicílio, enaltecendo assim o "**cuidar em casa**" (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018). Por outro lado, o Ministério da Saúde (2017) reforça esta ideia ao realçar o "cuidar em casa", a tecnologia digital e a literacia em saúde como estratégias promotoras da integração de cuidados. É, também, no domicílio que o enfermeiro pode promover a saúde, em articulação com a comunidade.

Sendo o EE um profissional de saúde ao qual se atribui competência científica, técnica e humana, uma das suas competências está relacionada com a disseminação de resultados dos processos de conhecimento, contribuindo para a construção de um novo corpo de conhecimentos (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A **investigação em enfermagem** está inerente ao processo de produção e atualização do conhecimento, pelo que os pressupostos do *Joanna Briggs Institute* (JBI) foram adotados como linha orientadora (Munn et al., 2014). Assim, foi realizada uma **revisão sistemática de estudos qualitativos**, em conjunto com uma colega, garantindo uma revisão cega, com o objetivo primordial de sintetizar as experiências e vivências da criança/jovem e família perante um internamento em contexto de HDP. Previamente à realização da revisão, foi desenvolvido um protocolo de acordo com

os princípios da JBI, o qual foi publicado em janeiro de 2024 na *Open Science Framework* (Anexo IV) e os seus resultados divulgados num seminário, em formato de poster, intitulado de "A Hospitalização Domiciliária Pediátrica – Contributo da Enfermagem na Humanização dos cuidados: um protocolo de revisão sistemática qualitativa" (Anexo V).

A pesquisa foi realizada em seis bases de dados e com recurso a literatura cinzenta, através da estratégia de pesquisa explanada no Apêndice II. Os resultados alcançados foram relatados através do diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA), obtendo-se inicialmente 3211 títulos potenciais, dos quais 732 foram removidos por serem duplicados. Em seguida, 2190 foram removidos pela leitura do título e 225 após leitura do resumo. Foram recuperados na íntegra 64 artigos, sendo três removidos por serem duplicados e 44 por não respeitarem critérios de inclusão definidos à priori. Por fim, e após avaliação da qualidade metodológica, foram incluídos 14 artigos na revisão (Pinheiro et al., 2024). Esta revisão foi submetida para publicação numa revista (Anexo VI). Por conseguinte, importa primeiramente definir o conceito de HDP, começando com um breve enquadramento histórico, antes de resumir os resultados provenientes da revisão que dão suporte a intervenções conduzidas nos locais de estágio.

A realização do protocolo e subsequentemente da revisão permitiu-me adquirir e desenvolver competências de EE, demonstrando aquisição de conhecimentos que visam a obtenção do grau de mestre, em concordância com os descritores de *Dublin*. Estas competências agrupam-se em cinco dimensões: conhecimento e compreensão a nível do saber científico; compreensão de fenómenos e aplicação de conhecimentos na prática; julgamento clínico; aptidão na comunicação; e aprendizagem contínua e autónoma (Joint Quality Initiative Informal Group, 2004; Universidade Católica Portuguesa, 2017).

As abordagens dos cuidados de saúde infantil e pediátrica têm progredido de forma favorável (Moleiro et al., 1991). Os cuidados domiciliários emergiram no término do século XVII, com o surgimento do Dispensário de Boston em 1796 (Rice, 2001). Martin Cherkasky, presidente do Hospital de Montefiore, em 1947 formalizou um acordo com uma organização de serviços de saúde, fundindo os cuidados domiciliários com os hospitalares, originando o conceito "*the hospital-based homecare*" (Barondess, 1999). Em 1973, os cuidados domiciliários começaram a incluir uma faixa etária mais jovem (Mendes, 2001). Iniciou-se um processo de investigação sobre a HDP partindo das necessidades de diminuir as taxas e custos de internamento hospitalar aliado à prestação de cuidados mais humanizada, personalizada e individualizada junto à família (Maciel, 2007).

Este modelo de cuidados alternativo à hospitalização convencional, consigna na assistência contínua no domicílio na fase de doença aguda ou de agudização da doença crónica, onde são prestados cuidados especializados por uma equipa multidisciplinar as 24 horas do dia, através de visitas presenciais ou telessaúde (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018; Cabrera López et al., 2022; Reigosa et al., 2024).

A conjugação dos fatores dor, falta de controlo, sentimento de impotência e separação dos pais potencia que o internamento seja traumático (Kassam-Adams & Butler, 2017). Com vista a evitar o trauma psicológico, observa-se que é no domicílio que estes sentimentos podem ser mitigados através da HDP. Selecionar as crianças/jovens e famílias de modo criterioso é fulcral para assegurar uma transição segura para o domicílio, sendo primordial capacitar a família previamente (Reigosa et al., 2024). A HDP permite uma participação ativa da família e a humanização dos cuidados, com respeito pelo ambiente e rotina da criança/jovem e família, atuando ao nível da promoção da saúde ao proceder à capacitação da família tendo em conta as suas necessidades e recursos através de uma comunicação eficaz (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018; Reigosa et al., 2024).

Tendo em vista a evidência científica consultada, a Hospitalização Domiciliária surgiu em Portugal, em novembro de 2015, dirigida para a população adulta (Cunha et al., 2022), sendo regulamentada pelo Despacho n.º 9323-A/2018. Apesar de ainda não existir um conceito de HDP regulamentado neste país, os pressupostos preconizados neste despacho consideram-se transferíveis para a idade pediátrica. Até ao momento existem duas Unidades de Hospitalização Domiciliária Pediátrica em Portugal, numa das quais foi realizada uma visita (Anexo VII), previamente à realização dos estágios, com o propósito de conhecer a sua dinâmica e adquirir competências no âmbito da temática central deste relatório: a HDP. Esta experiência foi exposta no Apêndice III, em formato de reflexão crítica, intitulada de "A experiência numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica".

Compreender a visão de quem ultrapassa processos de transição requer uma compreensão dos aspetos pessoais e ambientais para garantir uma transição saudável, uma vez que os fatores pessoais, comunitários e sociais podem simplificar ou impedir resultados favoráveis inerentes a este processo (Meleis et al., 2000). Sendo a HDP um processo de transição, a compreensão das experiências e vivências da família torna-se relevante para a atuação do EESIP, acarretando mudanças significativas para o dia-a-dia das famílias.

Considera-se importante realçar a **filosofia de cuidados centrados na família**, como estratégia que visa planear os cuidados com a criança e família, que assenta em quatro pressupostos essenciais: dignidade e respeito, partilha de informação, participação e

colaboração (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2017). Destaca-se a partilha de informações com a família, bem como o incentivo da sua participação nos cuidados como aspetos fundamentais para uma HDP bem-sucedida.

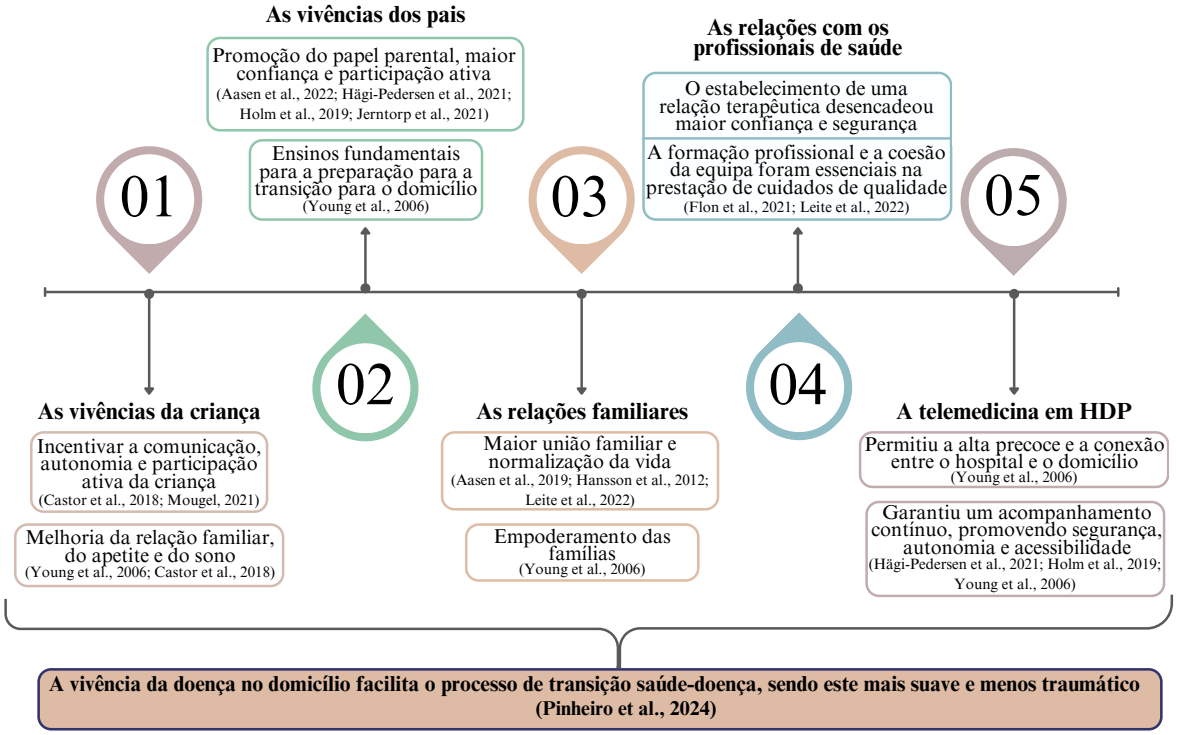
Com o objetivo de tornar a prestação de cuidados mais segura foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2021-2026 que assenta em cinco pilares fundamentais, sustentados por 14 objetivos estratégicos, onde se destaca ampliar a literacia e o envolvimento da pessoa, família, cuidador e comunidade no âmbito da segurança dos cuidados; aprimorar a comunicação e a segurança na de transição dos cuidados; adequar a comunicação; minimizar as infeções relacionadas com os cuidados de saúde; e fomentar a prática segura da telessaúde (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro). Assim, tem sido dado destaque à sustentabilidade ambiental, o que fez emergir novos recursos inovadores como a telessaúde, ferramenta de suporte à distância na prestação de cuidados por profissionais de saúde, o que facilita a comunicação entre os mesmos e as famílias, mas que requer um investimento na área da literacia em saúde (Meleis, 2018; Entidade Reguladora da Saúde, 2022; Pereira et al., 2023). Surge outro conceito ilustrado na literatura como *eHealth* ou eSaúde, que consigna no emprego das tecnologias de informação e comunicação como suporte dos serviços de saúde, otimizando a promoção, educação e gestão de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2022; Eom & Lee, 2018; Strand et al., 2022).

Utilizar a tecnologia como meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, tornar a prestação assistencial mais próxima da pessoa cuidada e aumentar o conforto da pessoa cuidada, tornou-se um foco de interesse em Portugal, priorizando as populações mais vulneráveis, principalmente a partir de 2020 com a crise pandémica de COVID-19 (Sousa, 2022; Despacho n.º 3204/2023, 2023), onde incluímos as crianças e jovens.

A HDP mantém a segurança e a eficácia, através de uma prestação de cuidados que utiliza equipamento, tecnologia, medicação e recursos hospitalares no domicílio, permitindo maximizar os recursos disponíveis e reduzir os custos inerentes aos cuidados. Os pais descrevem ganhos na vida familiar através de um maior equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e uma melhoria notória no padrão alimentar, de sono e na rotina diária (Batlle et al., 2023; Reigosa et al., 2024). Uma abordagem mais humanizada e centrada na família relaciona-se diretamente com o aumento da satisfação, algo que é identificado nos estudos que avaliam as experiências de famílias em HDP (Batlle et al., 2023). Deste modo, uma revisão sistemática de estudos qualitativos, desenvolvida por Pinheiro e colaboradores (2024), demonstrou que as experiências da criança e família em HDP são maioritariamente

positivas, enaltecedoras da intervenção da equipa de enfermagem, e que podem ser agrupadas em cinco categorias principais, apresentadas em seguida na figura 1.

Figura 1 - Síntese de experiências e vivências em HDP



Os sentimentos e vivências demonstrados pela criança e família em HDP foram consolidados numa nuvem de palavras (Anexo VIII), demonstrando que os aspetos positivos superam os negativos. Desta forma, a HDP torna-se relevante por ser uma temática atual, apesar de pouco estudada e aplicada em Portugal, mas com potencial de expansão futura.

A utilização da taxonomia NANDA-I ajuda a classificar fenómenos de interesse de enfermagem (Herdman et al., 2021), como é o caso da HDP. É relevante aplicar esta taxonomia em HDP, dado que os diagnósticos podem ser dirigidos a uma pessoa, ao cuidador ou à família. Perspetivando os diagnósticos de enfermagem NANDA-I os domínios de promoção da saúde, nutrição, atividade/descanso, relações de papéis, *coping*/tolerância ao *stress*, princípios de vida e conforto são os mais adequados a aplicar (Herdman et al., 2021), considerando a análise da nuvem de palavras e dos benefícios inerentes a este modelo.

Considerando os princípios emanados neste subcapítulo, em cada contexto de estágio, dada a sua brevidade e a impossibilidade de implementar um projeto completo de HDP, foram planeadas e concretizadas atividades com enfoque na criança, família e equipa de enfermagem que visassem contribuir para uma implementação futura desta prática, ou seja, intervenções dirigidas à capacitação e *empowerment* da família e alta precoce, facilitando a transição saúde-doença, através do suporte teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

2. ANÁLISE REFLEXIVA SEGUNDO AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EESIP cuida da criança/família em qualquer contexto onde se inclui a comunidade, garantindo o mais elevado estado de saúde possível, promovendo a educação para a saúde, no sentido dos cuidados antecipatórios (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Realça-se o objetivo geral e transversal a todos os contextos de estágio: "Desenvolver competências comuns e específicas de EESIP na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família com ênfase na transição hospital-domicílio".

A competência evolui progressivamente com a prática ao longo do tempo (Meleis et al., 2000). Assim, urge a necessidade de refletir, ainda que de modo breve, sobre a análise das competências adquiridas enquanto enfermeira generalista num percurso até à data de cerca de cinco anos, predominantemente percorrido num serviço de urgência pediátrica (SUP). Este dotou-me de competências essenciais para o desenvolvimento enquanto futura EESIP, uma vez que prestei cuidados em situações de especial complexidade, de doença aguda e crónica na criança, em diferentes estádios de desenvolvimento, e em particular em contexto de hospitalização. Além disso, demonstrou ainda que várias admissões no SUP são desnecessárias, algo facilmente colmatado através da capacitação parental.

É através do investimento na formação que a equipa de enfermagem é dotada de competências que lhe possibilitam responder autonomamente aos propósitos da qualidade do cuidado nas instituições e fomentar ambientes de prática de enfermagem saudáveis e positivos (Trindade et al., 2023). Procurei mobilizar conhecimentos e habilidades, colmatando algumas lacunas no meu conhecimento, adotando medidas que permitissem uma melhoria contínua dos cuidados através da **prática baseada em evidência** (PBE). A procura constante de novos conhecimentos facilitou a prestação de cuidados seguros e competentes, com vista a uma tomada de decisão suportada por princípios, valores e normas deontológicas, indo ao encontro de "*Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência*" e "*Selecciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Um maior grau de decisão autónoma na prestação de cuidados está relacionado com um nível superior de instrução e de experiências incorporadas ao longo do percurso. Para isto, os profissionais precisam de estar motivados e capacitados, promovendo uma maior produtividade e sentimento de realização no trabalho (Amélia & Veiga, 2023). A procura incessante por uma prestação de cuidados de qualidade e excelência por intermediário de uma aposta contínua na formação tornou-se imprescindível, contribuindo para um caminho alicerçado em novos saberes, devidamente fundamentados numa PBE através da realização deste processo formativo como futura EESIP e de conferências, seminários, jornadas e outras formações (Anexo IX). Neste âmbito destaco ainda a participação como elemento da comissão organizadora do VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa "*Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social*" (Anexo X).

Observar e integrar diversas equipas multidisciplinares permitiu-me ter uma visão mais abrangente sobre dinâmicas de cuidados e disseminar novo conhecimento adquirido, realçando o desenvolvimento da unidade de competência do EE "*Suporta a prática clínica em evidência científica*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

Após esta nota introdutória será explanada uma análise crítica e reflexiva, espelhando as competências do EE inerentes ao percurso de estágio realizado, centrando-se na participação ativa e capacitação da criança e família, através da parceria com o enfermeiro, permitindo uma transição segura para o domicílio. Cada subcapítulo inicia-se com uma breve contextualização do campo de estágio, seguindo-se os objetivos específicos delineados e as atividades desenvolvidas com vista à concretização dos mesmos e a dar resposta aos resultados de aprendizagem expostos no Guia da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" (Universidade Católica Portuguesa, 2023).

2.1. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA – Um contributo especializado para a alta precoce e uma transição segura para o domicílio através da capacitação e *empowerment* parental

O primeiro contexto da UC decorreu num serviço de neonatologia de quatro de setembro a sete de outubro de 2023, num hospital na área metropolitana de Lisboa. Os serviços de neonatologia prestam cuidados intensivos, intermédios ou especiais a recém-nascidos (RN) e sua família (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017). Este local dispõe de condições para receber RN de termo, pré-termo e grandes prematuros.

O hospital supracitado apresenta uma área de influência abrangente, e para além disso, pode receber RN transferidos de outros distritos do país ou das regiões autónomas, sendo realçada uma forte tendência multicultural. O centro hospitalar mencionado, no ano de 2022, registou 2076 partos, dos quais 10,7% corresponderam a partos pré-termo, havendo um aumento da taxa em 2,5% comparativamente ao ano de 2020. Em 2022, 238 RN tiveram um internamento em neonatologia, correspondendo a 11,3% dos nascimentos, destacando-se uma média de 17,4 dias de internamento (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, 2023). Neste serviço objetiva-se a prestação de cuidados de qualidade, diferenciados e acessíveis, com uma conduta de formação contínua com o intuito do cumprimento de metas contratualizadas impostas pelo Ministério da Saúde.

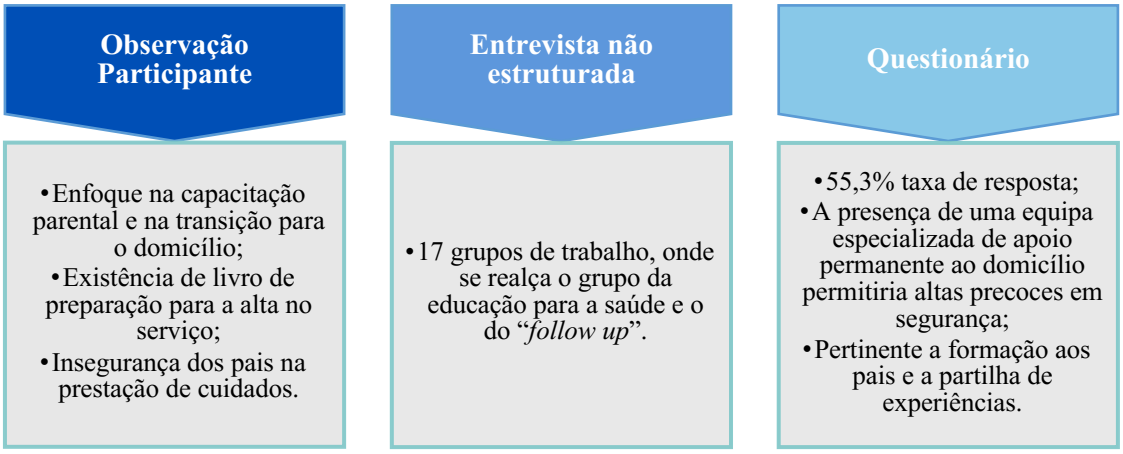
A lotação da unidade é de 17 vagas de nível II e III, estruturalmente divididas por unidade de cuidados intensivos (cinco vagas), unidade de cuidados intermédios (nove vagas) e uma sala polivalente (três vagas), que pode incluir as duas valências anteriormente mencionadas.

A equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira responsável e uma enfermeira coordenadora do serviço, ambas EESIP com o grau de mestre e 36 enfermeiros, dos quais cinco são EESIP e um EE em Enfermagem de Reabilitação, todos com o grau de mestre. Os enfermeiros estão distribuídos por equipas chefiadas por EE. O método de trabalho adotado é o método individual. A gestão da equipa varia tendo em conta a taxa de ocupação, sendo por norma seis enfermeiros distribuídos no turno da manhã e da tarde e cinco enfermeiros no turno da noite. O sistema informático utilizado é o *BSimple.*

Dispõe de uma copa de leites onde é armazenado o leite materno (LM) extraído para cada 24 horas, configurando-se como uma medida protetora do aleitamento materno. Os pais podem permanecer sem restrição de horário, tendo uma sala destinada, dispondo de cacifos, proporcionando um espaço para refeições, períodos de descanso, entre outros.

Todo o percurso foi baseado na metodologia de trabalho projeto, pelo que, numa fase inaugural foi necessário realizar o **diagnóstico de situação** (figura 2) com o intuito da deteção dos problemas e necessidades, tanto do ponto de vista dos profissionais de saúde como das famílias a quem são prestados cuidados. Este foi realizado na primeira semana do estágio, de modo a atingir a concretização de ações pertinentes com o intuito da resolução dos problemas detetados, como é preconizado por Ruivo et al. (2010), permitindo identificar áreas de atuação prioritárias (Carreira & Nogueira, 2023). As informações foram recolhidas usando uma metodologia mista, adotando como instrumentos de recolha a observação participante, entrevista não estruturada e o questionário (Apêndice IV).

Figura 2 - Diagnóstico de situação no serviço de neonatologia



O internamento num serviço de neonatologia pode trazer desafios a longo prazo às famílias a nível das interações interpessoais, da vinculação e no processo de transição para a parentalidade (Green et al., 2021; Petersson et al., 2023). Um estudo realizado por Lagatta et al. (2022) elucidou que partos mais precoces, baixo peso ao nascer e longos internamentos em neonatologia estão associados a maior necessidade de apoio aos pais.

A hospitalização do RN, muitas vezes devido a prematuridade, exacerba esses desafios. Ciupitu-Plath e colaboradores (2021), sugerem que a prestação de cuidados centrados na família tem o potencial de fornecer suporte aos pais, alinhado com as suas necessidades, promovendo deste modo a sua participação nos cuidados. Aqui realço como premente a intervenção especializada do EESIP no cuidar do RN e família, com o intuito de prestar cuidados diferenciados, com uma conduta que visa otimizar a transição para o domicílio.

Após realização do diagnóstico de situação, tendo por base os princípios da HDP, com enfoque na neonatologia, promoção da saúde, do *empowerment* parental e a metodologia de trabalho projeto, a intervenção neste contexto de estágio pretende otimizar a resposta à criança e família com enfoque na capacitação parental e no processo de transição do hospital para o domicílio. Assim, foram delineados quatro objetivos específicos: "Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento do RN de termo e pré-termo"; "Contribuir para a uniformização das práticas de capacitação parental e preparação para a alta em neonatologia, com enfoque na transição para o domicílio"; "Colaborar na gestão dos cuidados, otimizando o processo de transição para o domicílio" e "Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da HDP". Posteriormente, houve um planeamento tendo sido delineadas atividades a desenvolver, recursos a utilizar e indicadores de avaliação para cada objetivo traçado, considerando as competências do EESIP (Apêndice V).

2.1.1. Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento do RN de termo e pré-termo

A Organização Mundial da Saúde (OMS), dados de 2022, define bebé prematuro como aquele que à nascença tem uma idade gestacional inferior a 37 semanas e bebé com baixo peso à nascença se tiver um peso ao nascer inferior a 2500 gramas. Estes dois grupos de RN mencionados têm um risco de mortalidade duas a dez vezes superior comparativamente com bebés nascidos de termo (World Health Organization, 2022).

No decurso das cinco semanas passadas neste local prestei cuidados de enfermagem a RN em contexto de cuidados intermédios e de cuidados intensivos neonatais. Sendo um contexto muito diferente da experiência profissional que tinha adquirido até ao momento, foi desafiador e, numa fase inicial, acresceram alguns sentimentos de ansiedade e receio, mas que foram rapidamente colmatados através da consulta de normas e procedimentos que fundamentaram o meu processo de tomada de decisão. Por este motivo, procurei suportar a prestação de cuidados em princípios promotores dos cuidados centrados na família, uma vez que os pais são os melhores cuidadores para os seus filhos.

Para dar resposta ao objetivo delineado, as atividades descritas em seguida operacionalizam as competências do EESIP "*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193) e "*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

A OMS determinou três **eixos de intervenção prioritários** na prestação de cuidados ao prematuro ou RN com baixo peso ao nascer, sendo eles: os cuidados preventivos e promotores; cuidados a ter com as complicações; e envolvimento e apoio da família. Por serem áreas em que atuei, realço no primeiro eixo interventivo a preconização do método canguru, alimentação com LM ou leite humano de dadora e a suplementação com ferro e com vitamina D. No terceiro eixo destaco o envolvimento da família nos cuidados ao RN, o apoio à família com educação parental e a realização de visitas domiciliárias por profissionais de saúde treinados (World Health Organization, 2022). Assim, carece de reflexão a importância da implementação da HDP através de altas precoces com apoio domiciliário, já que segundo Segers e colaboradores (2019), através da diminuição do nível de *stress* parental pode haver uma influência benéfica no estado de saúde infantil, culminando numa alta hospitalar precoce.

Durante a prestação de cuidados, priorizei sempre o bebé e família, baseando a minha prática no modelo *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), planeando os cuidados tendo por base o respeito pelo comportamento do RN, detetando as suas necessidades precocemente, de modo a promover a organização neurocomportamental e o seu crescimento e desenvolvimento (Ramos et al., 2020). Colocar em prática o NIDCAP, na perspetiva de Klein e colaboradores (2021), permite prevenir a dor, aumentar a capacitação parental e o contacto pele a pele entre pais e o RN, sendo estes aspetos fundamentais para uma HDP bem-sucedida.

Os cuidados foram prestados valorizando ainda a **filosofia de cuidados centrados na família**, admitindo os pais como parceiros nos cuidados, com base na comunicação e colaboração entre a família e a equipa, incluindo-os na tomada de decisão (Craig et al., 2015; Segers et al., 2019), estando provado que o envolvimento da família durante a hospitalização garante *outputs* positivos e prolongados quanto ao desenvolvimento físico, cognitivo e psicológico do RN (Rocha & Guimarães, 2021).

Ao longo do estágio notei insegurança e receios nos pais ao serem envolvidos na prestação de cuidados ao RN, percecionando o ambiente tecnológico como adverso visto como uma fonte de *stress* para eles (Rocha & Guimarães, 2021). Para além disso, as incubadoras eram percecionadas como uma barreira física pelos pais. Sendo a separação dos pais do RN internado em neonatologia potencialmente causadora de depressão, ansiedade e *stress* nos mesmos (Craig et al., 2015) foi prevenida a ocorrência de *outputs* negativos, envolvendo-os nos cuidados, permitindo promover a **vinculação** de forma sistemática. Num primeiro contacto, tive sempre o cuidado de me apresentar aos pais, dando abertura para que pudessem esclarecer as suas dúvidas e manifestar os seus sentimentos, negociando o envolvimento dos mesmos na prestação de cuidados.

A prestação de cuidados em unidades de cuidados intensivos neonatais visa, acima de tudo, evitar a exposição do RN a fontes provedoras de *stress* (Quraishy et al., 2013). Os cuidados foram prestados tendo em conta a redução da luminosidade (proteção dos olhos) e do ruído e planeados de forma a evitar manipulações desnecessárias, pelo que desenvolvi competências no estabelecimento de prioridades. A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018a), considera que devem ser oferecidos estímulos isoladamente e que o grau de luminosidade deve ser adaptado ao tipo de procedimento, estadio de desenvolvimento e sensibilidade à luz de cada bebé, individualizando os cuidados prestados. Na prestação de cuidados ao RN prematuro, os seus olhos foram protegidos quando foi necessário utilizar luz diretamente para observar o RN e as incubadoras foram tapadas com uma capa

acolchoada. Por outro lado, o ruído foi minimizado nomeadamente pelo ajuste correto dos alarmes dos monitores e ventiladores, não colocação de objetos por cima da incubadora e cuidado extremo ao fechar as portas da incubadora. Consequentemente, foram seguidos os princípios preconizados pelos cuidados neuroprotetores, já que esta abordagem permite reduzir complicações nefastas alusivas ao ambiente, aumentar as competências do RN, bem como a confiança, tanto dos profissionais de saúde como dos pais e, de um modo geral, promover o sono (Rocha & Guimarães, 2021; Vilelas et al., 2023).

Durante as manipulações, procurei sempre identificar os sinais de conforto e de *stress* manifestados pelo RN, prevenindo a hiperestimulação. Na presença de sinais de *stress*, parava a prestação de cuidados e fazia contenção e/ou promovia a sucção não nutritiva e só avançava após estabilização do RN. Para além do mais, os cuidados de enfermagem foram geridos conforme os períodos de alimentação do RN, evitando manipulações desnecessárias, respeitando os ciclos de sono-vigília (Vilelas et al., 2023). Mesmo durante o período diurno o serviço dispunha de um protocolo de melhoria do sono intitulado de "hora da sesta", em que durante duas horas diurnas era promovido o sono do RN, com diminuição dos ruídos e luminosidade (cuidados neuroprotetores).

Sendo a comunicação um recurso primordial deve ser efetiva, coerente, ininterrupta com a equipa e baseada na escuta ativa (Berman et al., 2019; Ramos et al., 2020). A **comunicação** que adotei foi empática, transmitindo informação acessível ao nível de conhecimento das famílias, tendo em mente a família a quem prestava cuidados, bem como os desafios a nível emocional que as famílias se deparam no internamento, o que permite enfatizar a competência "*Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Numa perspetiva de transição para o domicílio, que passe ou não pela HDP, os autores Rocha & Guimarães (2021) referem que a aplicação do método canguru reduz o tempo de hospitalização e os fatores *stressores* dos pais, aumenta o sucesso da amamentação após a alta e facilita a vinculação entre a mãe e o bebé (Silva et al., 2020). Sendo abordagens seguras e de custos reduzidos, tanto o método canguru como a amamentação, foram práticas sempre incentivadas, como estratégia promotora do **contacto físico entre os pais e o RN**.

Ao longo do estágio desenvolvi competências sobre ventilação invasiva e ventilação não invasiva (VNI) no RN termo e pré-termo, permitindo a mobilização de conhecimentos para o meu local de trabalho. Tive ainda a oportunidade de prestar cuidados especializados ao colaborar nas técnicas de: entubação endotraqueal; colocação de cateter epicutâneo; toracocentese evacuadora; e ecografia transfontanelar. Realço na técnica de entubação

endotraqueal, uma situação que envolveu o cuidado de uma criança com doença crónica que se encontrava em ventilação invasiva na modalidade Neurally Adjusted Ventilatory Assist que se extubou acidentalmente. Rapidamente detetei esta situação de instabilidade hemodinâmica e, com recurso a insuflações manuais, otimizei a ventilação até chegada do médico assistente, permitindo operacionalizar a unidade de competência do EESIP "*Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados"* (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

A avaliação da dor num RN pode ser notavelmente desafiadora em virtude do seu desenvolvimento físico, comportamental e cognitivo (Perry et al., 2018). Neste contexto a **gestão diferenciada da dor** e do bem-estar da criança, adquiriu um papel de destaque como competência que aprimorei nos cuidados prestados durante os procedimentos invasivos que tive oportunidade de realizar, onde destaco: a punção venosa periférica e a realização de gasimetria e do rastreio de doenças metabólicas (Teste de *Guthrie*). Ao realizar estes procedimentos evitei a hiperestimulação do RN e adotei estratégias não farmacológicas de controlo da dor, realçando: a contenção; a sucção não nutritiva; o método canguru; a administração de sacarose; a amamentação; e a diminuição dos estímulos ambientais. Contudo, em algumas instâncias, essas intervenções revelaram-se insuficientes, por esse motivo foram em conjunto aplicadas abordagens farmacológicas, como a administração de paracetamol, de opióides, de benzodiazepinas e de anestésicos locais como a aplicação tópica de prilocaína associado a lidocaína, visando potencializar a eficácia das estratégias não farmacológicas.

Sendo a dor o quinto sinal vital, a sua avaliação e minimização é fulcral, devendo ser uma preocupação constante do EE. Considerando que em ambiente de neonatologia a aferição objetiva da dor não é possível (Olsson et al., 2021), na ótica de Perry e colaboradores (2018), a avaliação da dor através de instrumentos de avaliação validados assegura a uniformidade entre profissionais de saúde, ao mesmo tempo que descrevem de um modo preciso a existência de dor e/ou desconforto e/ou *stress*, bem como o impacto de intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas aplicadas. Em consonância com o que foi descrito, avaliei frequentemente a dor, usando a escala em vigor na unidade, a *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN). No caso do RN sedado avaliei a dor segundo a escala *Neonatal-Pain, Agitation and Sedation Scale* (N-PASS) que associa a avaliação da dor ao nível de sedação (Hummel et al., 2008). Sendo a avaliação da dor neonatal complexa, especialmente em prematuros, as escalas EDIN e N-PASS (Anexo XI) são consideradas como as mais adequadas para avaliação da dor comparativamente com as várias escalas já

desenvolvidas para o mesmo fim (Raffaeli et al., 2017; Heidarpour et al., 2022; Glenzel et al., 2023; Pavlyshyn & Sarapuk, 2023).

Uma outra intervenção que destaco foi a realização de um banho enfaixado a um RN prematuro, técnica que nunca tinha realizado. Comparando com outros tipos de técnicas de banho, esta é segura, transmite segurança e conforto ao RN, garante uma maior estabilidade da temperatura, diminui a duração total do choro, permite uma maior interação entre os pais e o RN e acarreta um menor nível de *stress* através da contenção (Ceylan & Bolışık, 2018; Fernández & Antolín-Rodríguez, 2018; Santos et al., 2020; Huang et al., 2022). A realização desta técnica transmitiu tranquilidade ao RN e emergiram sentimentos de felicidade e segurança nos pais por serem envolvidos nos cuidados, o que foi gratificante e permitiu-me aplicar uma variedade de competências técnicas, emocionais e educativas. Ao longo do procedimento estive alerta para o aparecimento de comportamentos indicadores de *stress* no RN conforme preconizado por El-Metwally & Medina (2020), o que não foi verificado.

A avaliação do *stress* no RN é importante e deverá ser avaliada através de instrumentos que garantam uma avaliação uniforme e fidedigna. No serviço em questão apenas estava implementada uma Escala de *Finnegan* dirigida para o RN com síndrome de abstinência neonatal (Jones et al., 2016; Oji-Mmuo et al., 2019), que não servia os propósitos de todos os neonatos internados. Por se considerar pertinente a avaliação do stress do RN, a evidência remete-nos para a *Neonatal Infant Stressor Scale* (NISS), concebida por Newnham e colaboradores em 2009, para uma descrição mais precisa da extensão dos fatores de *stress* aos quais o RN prematuro está sujeito (Anexo XI). A implementação de intervenções que reduzam este *stress* tem impacto nas experiências no internamento e nos resultados de saúde a longo prazo (Newnham et al., 2009; Nist et al., 2020; Pourkaviani et al., 2020).

Por fim, saliento a prestação de cuidados a um RN com idade gestacional de 25 semanas e um dia e com peso ao nascer de 364 gramas (prematuro extremo). A sua fragilidade e rápida descompensação durante as manipulações era notória, tendo sido essencial a minha familiarização com os cuidados prestados e a procura contínua de práticas baseadas na evidência científica, uma vez a prática avançada afeta os cuidados ao RN prematuro.

Em suma, inserido neste objetivo tive oportunidade de aperfeiçoar conhecimentos sobre o **crescimento e desenvolvimento infantil**, mobilizando conhecimentos e habilidades adquiridas no sentido de maximizar a saúde do RN e da família.

2.1.2. Contribuir para a uniformização das práticas de capacitação parental e preparação para a alta em neonatologia

O nascimento de um bebé prematuro está muitas vezes associado a um longo período de hospitalização, sendo o processo de alta ansiado pelos pais, mas que requer preparação dada a complexidade dos cuidados inerentes. O *stress* intrínseco a este processo pode ser mitigado através da capacitação parental, desde uma fase inicial do internamento (Silva et al., 2020). A filosofia de cuidados centrados na família possibilita fornecer apoio e assistência aos pais através de sessões de educação para a saúde, permitindo-lhes ser os principais prestadores de cuidados dos seus filhos (Waddington et al., 2021).

Por conseguinte, ao longo do internamento em neonatologia o enfermeiro é o principal agente promotor de competências parentais, através da realização de ensinos aos pais. Identificar as necessidades parentais torna-se uma intervenção prioritária do EESIP no âmbito da transição para o domicílio (Berman et al., 2019). Os pais são os melhores cuidadores para o RN, assim os profissionais de saúde, em especial o EESIP, devem valorizar, respeitar e avaliar as experiências e vivências dos pais, individualizando os cuidados prestados, conduzindo intervenções especializadas que visem aprimorar os cuidados às famílias e aos seus bebés (Dall'Oglio et al., 2018; Ramos et al., 2020).

Os grupos de ajuda mútua proporcionam suporte emocional, informativo/formativo e instrumental, permitindo a promoção de **esperança realista** (Charepe, 2014). A partilha de informações entre pais que vivenciem um processo de transição semelhante amplia o envolvimento parental, permite o esclarecimento de dúvidas, facilitando a participação dos pais na tomada de decisão, diminui a ansiedade e aumenta a segurança dos mesmos (Balbino et al., 2015; Wreesmann et al., 2021). A intervenção em grupo prevê que haja interação entre os pais e o enfermeiro, pressupondo um relacionamento de confiança, de modo a facilitar a partilha de experiências e sentimentos e a interação entre todos (Charepe, 2014; O'Brien et al., 2015).

Os **grupos de apoio aos pais** podem ser considerados como uma vivência transformadora, uma vez que permitem dar resposta às necessidades emocionais e sociais da família, melhorar a comunicação, incentivar o envolvimento e a independência da família e preparar o processo de alta para o domicílio (Balbino et al., 2015). Através da realização de grupos interativos entre pais e enfermeiros podem ser potenciados resultados favoráveis para as famílias como: a possibilidade de elucidar questões relativas aos cuidados; estabelecer um vínculo e uma rede de suporte entre os profissionais de saúde e as famílias, bem como

entre núcleos familiares, e aumentar o suporte (Moraes et al., 2022). Estas intervenções de enfermagem favorecem uma transição saudável para o papel de pais (Petersson et al., 2023), sendo fulcral que estejam alinhadas com as vivências singulares de cada família (Meleis et al., 2000).

Os autores Belim & Nunes (2023) e Balbino e colaboradores (2015) realçam que uma das bases de apoio para a literacia em saúde consiste na troca de experiências entre pares, nomeadamente, através da partilha em grupo, o que pode preservar a esperança parental. Assim, foram planeadas duas sessões para pais de bebés internados em cuidados intermédios, mais próximos do processo de alta, previamente planeadas e divulgadas, o que permitiu potenciar o conhecimento parental para o processo de alta. A primeira sessão intitulada de "Sinais de alarme no recém-nascido prematuro – Uma transição segura para o domicílio" (Apêndice VI) abordou, resumidamente, o modo de atuação perante a febre, dificuldade respiratória e lavagem nasal, os sinais de alarme que motivem encaminhamento e o que fazer em caso de situações não urgentes. No final da sessão foi fornecido um folheto informativo "Sabe lavar o nariz ao seu bebé?" "Sabe identificar sinais de dificuldade respiratória?" dirigido aos pais com o intuito de os poder capacitar relativamente à lavagem nasal e aos sinais de dificuldade respiratória.

Sendo primordial a capacitação perante uma obstrução da via aérea num RN (Atkins et al., 2015), na segunda sessão denominada de "O meu bebé engasgou-se! E agora?" o conhecimento foi disseminado através de um vídeo demonstrativo da prevenção e atuação perante casos de engasgamento no RN (Apêndice VII) com posterior parte prática em que os pais tiveram oportunidade de treinar num manequim de simulação clínica neonatal, uma vez que através de meios audiovisuais, por estes serem mais elucidativos, superam-se barreiras relativas à compreensão textual (Belim & Nunes, 2023). No final da sessão, a fim de consolidar o conhecimento sobre o tema, ficou afixado um cartaz informativo sobre o engasgamento na sala dos pais.

Deste modo, as sessões tiveram enfoque nos pais, provendo-os de conhecimentos e competências sobre algumas temáticas importantes e que suscitam dúvidas e preocupações no domicílio. Numa fase inicial, em cada sessão, notou-se alguma dificuldade em expressarem os seus sentimentos, mas conforme foram observando as reações de outros pais, conseguiram partilhar as suas experiências, mesmo as menos positivas. Houve uma partilha de estratégias de *coping* entre pais, realçando-se a dimensão relacional através do apoio emocional conjunto. Mediante a análise dos questionários, evidenciado no apêndice VI e VII, conclui-se que de um modo geral, ambas as sessões permitiram ganhos em saúde para

as famílias, contribuindo para aumentar o sentimento de confiança para cuidar do RN, bem como o *empowerment* parental ao aumentar os conhecimentos teóricos sobre as temáticas.

Sensibilizar os pais durante as sessões de formação permitiu aumentar a segurança na prestação de cuidados no domicílio após o processo de alta, bem como envolver ativamente o pai nos cuidados. Destaco ainda que, durante a prestação de cuidados envolvi sempre ambos os progenitores de forma igualitária, mesmo durante a amamentação, indo ao encontro dos oito princípios de uma unidade de neonatologia "amiga do pai" descritos na literatura por Risanger e colaboradores (2023), uma vez que estudos realizados por Jerntorp e colaboradores (2021) e Risanger e colaboradores (2023) corroboram que o pai se sente negligenciado na prestação de cuidados, uma vez que sente que o foco é a mãe e o RN.

Ressalva-se que a realização das sessões foi bem sucedida e promotora de competências parentais, permitindo otimizar as unidades de competência "*Promove o crescimento e desenvolvimento infantil"* e "*Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais"*, dando resposta através dos critérios de avaliação "*Transmite orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil"*, "*Utiliza estratégias promotoras de esperança realista*" e "*Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Em síntese, espera-se que as intervenções realizadas originem ganhos em saúde para as famílias cuidadas num ambiente de neonatologia, no âmbito da adaptação à parentalidade e da capacitação parental. Sugere-se que num futuro próximo, uma vez que o período de estágio foi muito curto, a equipa traduza os ficheiros disponibilizados para a língua inglesa, para usufruto de todas famílias, dada a diversidade cultural presente.

2.1.3. Colaborar na gestão dos cuidados, otimizando o processo de transição para o domicílio

Ao compreendermos o processo de transição para o domicílio e os desafios relacionados ao mesmo, conclui-se que a equipa de enfermagem pode suportar os cuidadores através da telessaúde após a alta de um serviço de neonatologia. Sob esta ótica, perceciona-se que a comunicação através dos meios digitais aumenta o apoio e a sensação de segurança dos pais de bebés prematuros após a alta (Strand et al., 2022).

Uma das atividades desenvolvidas visou integrar um projeto já existente no serviço denominado de "***follow up***", que consiste na realização de um telefonema ou videochamada a todas as famílias que tiveram alta nas últimas 48 horas a fim de detetar precocemente possíveis dificuldades de adaptação ao ambiente doméstico e identificar de eventuais riscos.

Este tipo de acompanhamento ao ser conduzido por elementos da equipa de enfermagem com formação avançada facilita a avaliação das necessidades da família e o reforço dos ensinos realizados durante o internamento e, por conseguinte, uma melhoria dos *outputs* na criança e família (Sarik et al., 2022).

Este seguimento é essencial porque os pais requerem uma comunicação contínua após a alta da unidade de neonatologia (Berman et al., 2019). Durante o estágio, pude realizar um telefonema de *follow up* a uma família com alta no dia anterior de um ex-prematuro que esteve internado durante 22 dias para aquisição de autonomia alimentar. Devido à barreira linguística, a comunicação foi na língua inglesa, o que exigiu a implementação de estratégias de comunicação adequadas à cultura da família, visando a prestação de cuidados culturalmente sensíveis. O cuidador foi questionado relativamente ao padrão alimentar, de eliminação, sono, e vigilância de saúde infantil. Tive oportunidade de esclarecer dúvidas inerentes à amamentação, preparação de leite adaptado e presença de sintomatologia como rinorreia e obstrução nasal.

A realização do *follow up* permitiu dar resposta a duas unidades de competência do EESIP "*Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*" e "*Diagnostica precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). Desta maneira, otimizei o processo de transição ao encaminhar a família para o centro de saúde dando continuidade ao seguimento, sendo que os recursos no âmbito comunitário podem facilitar ou restringir o processo de transição (Meleis et al., 2000).

A **transição de cuidados** é um processo fundamental e devem ser assegurados alguns pressupostos: estabelecer um conjunto mínimo de dados críticos a serem comunicados; aplicar uma técnica uniformizada para a comunicação; consolidar informações pertinentes antes de proceder à transmissão de informação; quando viável, envolver ativamente a família; e fazer uso da tecnologia, através do sistema informático, como auxílio para uma transição eficiente (Barroso et al., 2021).

Deste modo, a transmissão de informação deve ser escrita, precisa e rigorosa, com o propósito de garantir a continuidade e a segurança dos cuidados. Uma das metodologias preconizadas em Portugal é a que respeita a mnemónica ISBAR (Identificação; Situação atual; Antecedentes; Avaliação e Recomendações), com vista à uniformização da transmissão de informações entre a equipa de enfermagem (Direção-Geral da Saúde, 2017). Será enfatizada a transmissão de informação intra/inter-hospitalares e no processo de alta

será privilegiada a metodologia ISBAR para transmissão de informação clínica entre os profissionais de saúde.

A comunicação entre todos os intervenientes deverá ser objetiva, efetiva e eficiente, promotora da continuidade dos cuidados (Biasibetti et al., 2019). Relativamente à nota de alta de enfermagem, o sistema cria um ficheiro automático onde inclui a identificação da criança, motivo de admissão, diagnósticos e intervenções de enfermagem. No final, apresenta um campo de preenchimento livre onde a equipa de enfermagem preenche um resumo sobre o internamento, o estado geral da criança no momento da alta e avaliação do papel parental com evidência dos ensinos realizados. Esse campo era preenchido de forma pouco sistematizada pela equipa, pelo que me propus a uniformizar os registos de enfermagem em carta de alta para o domicílio, carta de transferência intra-hospitalar e inter-hospitalar, garantindo a segurança e privacidade na transmissão de informação. Desta forma, foram criados três documentos em formato *Word* (Apêndice VIII) para cada uma das cartas, em que a equipa de enfermagem apenas tem de adaptar a informação relativa a cada criança e família.

A elaboração destes ficheiros permitiu que trabalhasse a competência de EE "*Gere, na equipa, as práticas de cuidados, a privacidade e a dignidade do* cliente" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746). Possibilitou, ainda, uma transição de cuidados eficiente, atuando na vertente da continuidade de cuidados para o domicílio, trazendo ganhos para a criança e família, uma vez que serão referenciados na carta os focos de atenção ativos que requeiram atenção em cuidados de saúde primários (CSP), contribuindo para a otimização dos resultados em saúde. O Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2011a) e Ciupitu-Plath e colaboradores (2021), determinam que a preparação para a alta deve iniciar-se o mais precoce possível e deve ser individualizada para cada família tendo em conta as suas necessidades e recursos de aprendizagem, fornecendo suporte e treino individualizado, considerando que um envolvimento dos pais nos cuidados precocemente suporta a autogestão e a capacitação parental, mitigando sentimentos de ansiedade e *stress* (Berman et al., 2019; Sarik et al., 2022).

2.1.4. Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da HDP

Sendo a HDP uma temática pertinente para a equipa (necessidade aferida no diagnóstico situacional), promovi uma atividade formativa sobre a HDP para exposição à

equipa de enfermagem, com um plano de sessão previamente definido, intitulada de "A Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Cuidados Centrados na Família em Neonatologia" (Apêndice IX). O feedback desta sessão foi muito positivo e fizeram comentários pertinentes sobre a importância da HDP para o RN e família, com ganhos em saúde, bem como o seu potencial de aplicação futura no serviço em questão, apesar de ter sido mencionado como um grande desafio. No final da sessão, com a intenção de avaliar a mesma, através de um questionário *online*, questionou-se os participantes acerca do conteúdo, organização da sessão e competência do formador, sendo este apresentado bem como as respostas analisadas no apêndice mencionado neste parágrafo.

A realização desta sessão permitiu promover e desenvolver momentos de discussão e partilha entre pares, capacitando-os sobre a temática da HDP, com enfoque em neonatologia, bem como adquirir competências de EE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao **basear a prática clínica** especializada em **evidência científica**, concretizando os critérios de avaliação "*Atua como formador oportuno em contexto de trabalho*", "*Diagnostica necessidades formativas", "Gere programas e dispositivos formativos*", "*Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros*" e "*Avalia o impacto da formação*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS – A satisfação parental e a capacitação precoce como intervenção especializada

O segundo estágio decorreu numa unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIPed), de nove de outubro a 11 de novembro de 2023. Importa referir que foi um contexto com o qual nunca tinha privado, mas que despertava em mim o maior interesse. A unidade constitui-se como um centro de referência de neurotrauma e de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) pediátrico nacional. Nos últimos dez anos houve uma média de 397 crianças/jovens internados na UCIPed por ano, sendo que em 2022, estão documentados 364 internamentos[1].

Esta unidade garante, quinzenalmente, o Transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP), sendo a equipa composta em cada turno por um enfermeiro, um médico e um técnico de ambulância de emergência. Este dá resposta ao transporte de crianças em idade pediátrica em estado crítico entre hospitais (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018b).

[1] Segundo informação colhida no contexto de estágio.

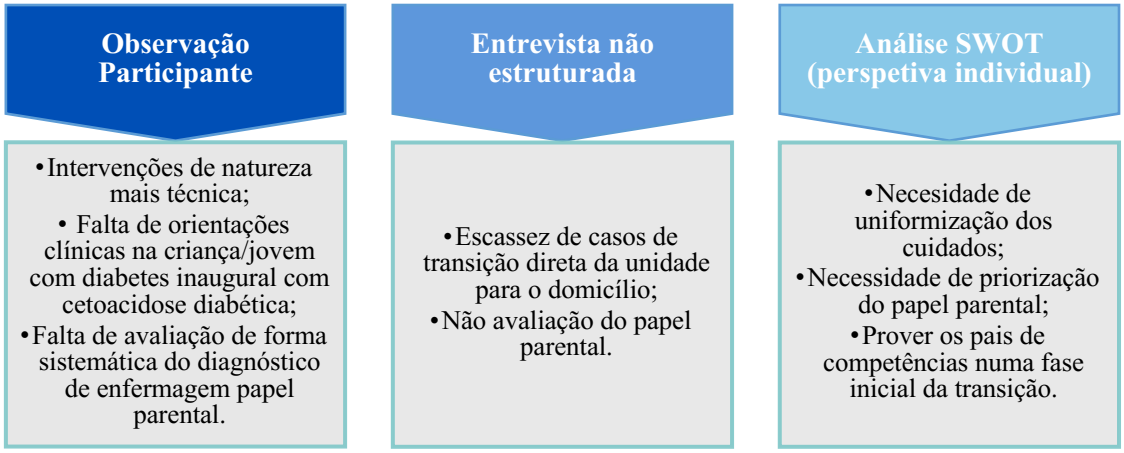
O ambiente na unidade é muito tecnológico com todo o material necessário, diferenciado e adequado a crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias. É uma unidade polivalente que cuida de crianças e jovens com múltiplas e distintas patologias do foro respiratório, traumatológico, neurológico, metabólico, oncológico, nefrológico, cardíaco e cirúrgico, sendo os cuidados prestados altamente diferenciados e especializados, uma vez que são dirigidos à criança e jovem gravemente doente e/ou instável. O processo de admissão é feito em três níveis: extra-hospitalar (proveniente do domicílio), intra-hospitalar ou inter-hospitalar. Tem oito vagas, das quais duas podem ser quartos de isolamento para receber crianças com doença infetocontagiosa ou imunodeprimidas, mas integradas num espaço amplo que permite uma visão geral das crianças internadas, garantindo uma atuação rápida em caso de emergência, mas assegurando a segurança e a privacidade. As unidades estão equipadas com ventilação e monitorização avançada. As crianças, independentemente da idade, são acomodadas em cama ou salvo raras exceções em incubadora, uma vez que o serviço não dispõe de berços.

A equipa de enfermagem é composta por 29 enfermeiros, onde se inclui um enfermeiro responsável e um enfermeiro coordenador de cuidados. Na equipa nove enfermeiros são especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, tendo quatro deles o grau de mestre. Ainda no âmbito das competências acrescidas destacam-se dois EE em enfermagem de reabilitação e um enfermeiro mestre e especialista em médico-cirúrgica. Os enfermeiros estão distribuídos por equipas, cada uma chefiada por um chefe de equipa que é EE. Estão distribuídos quatro enfermeiros por turno que adotam o método individual de trabalho, havendo o rácio de um enfermeiro para duas crianças de intensivos, exceto na presença de uma criança em ECMO que o rácio é de 1:1. Estão predefinidos diversos grupos de trabalho, compostos por enfermeiros e médicos de referência em cada uma das áreas, que asseguram uma conduta de formação contínua na unidade. O sistema informático em vigor é o *Critical care manager - PYCIS.*

Os pais podem permanecer junto da criança as 24 horas do dia, contudo durante o período noturno apenas é permitida a presença de um deles, sendo permitidas visitas apenas em casos excecionais, como em internamentos prolongados e/ou casos de morte iminente. Os pais têm uma sala destinada que dispõe de cacifos para guardarem os seus pertences, casa de banho com duche e uma pequena zona que pode ser utilizada para pequenas refeições e períodos de descanso. É ainda nesta sala que a equipa pode reunir com os pais para dar informações sobre o estado geral da criança, discutir propostas e opções de tratamento, bem como comunicar más notícias.

Nesta vertente, com o intuito de intervir em conformidade com a metodologia de trabalho projeto, durante a primeira semana de estágio procedi à formulação do **diagnóstico de situação** (figura 3), para compreender a realidade do serviço. A alta para o domicílio é uma situação pouco frequente, uma vez que após estabilidade clínica as crianças são transferidas para outro serviço e, deste modo, a equipa de enfermagem realiza poucos ensinos no âmbito do processo de transição para o domicílio. Desta forma, denotei a dificuldade em direcionar a minha prestação de cuidados focada na transição para o domicílio, bem como para a área da capacitação parental, focada na promoção de autonomia dos pais em casa. Assim, com o propósito de detetar lacunas no serviço e focos de intervenção do EESIP, foram adotados como instrumentos de recolha a observação participante, entrevista não estruturada e a análise SWOT (*Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats*) (Apêndice X).

Figura 3 - Diagnóstico de situação da unidade de cuidados intensivos pediátricos



Apesar de o estágio decorrer num serviço em que a transição para o domicílio não se encontra tão próxima, mas mantendo o foco neste processo de transição com o intento de diminuir o impacto causado pela hospitalização convencional, foram traçados três objetivos específicos nesta linha orientadora: "Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem gravemente doente/em situação crítica e sua família"; "Contribuir para a uniformização dos cuidados à criança/jovem com diabetes mellitus com cetoacidose diabética e sua família" e "Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco no papel parental". Em seguida, ocorreu o processo meticuloso de elaboração do plano de projeto, definindo atividades a desenvolver, seleção dos recursos apropriados, bem como a identificação de cada indicador de avaliação para cada objetivo definido a priori, tendo em conta as competências do EESIP (Apêndice XI).

2.2.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem gravemente doente/em situação crítica e sua família

O **acolhimento** da criança e família promove a qualidade dos cuidados de enfermagem e deverá ser progressivo e individualizado, dirigido às necessidades da criança/família, conduzindo segurança aos pais e clarificando a importância que a sua presença tem junto do filho (Mateus, 2016). Na Carta da Criança Hospitalizada encontra-se reforçada a ideia de que "*Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho.*" (Instituto de Apoio à Criança, 2016, p. 9).

Moraes e colaboradores (2022), salientam que em cuidados intensivos muitas vezes as famílias não dispõem de estratégias de suporte ou de recursos para uma permanência em tempo integral junto da criança, reforçando que perante esta situação a família necessita de informações e suporte substancial, para colmatar sentimentos de desconforto e sofrimento. Durante o estágio, tive oportunidade de realizar o acolhimento aos cuidadores principais da criança/jovem, onde foi explicado o funcionamento do serviço, os cuidados necessários à criança bem como um breve resumo sobre o funcionamento básico dos equipamentos, permitindo reduzir sentimentos negativos associados ao ambiente da UCIPed.

Apesar de sabermos que o **planeamento da alta** deve começar precocemente, ou seja, desde a admissão hospitalar, considero importante avaliar a recetividade dos pais para receber informações, o que normalmente não está presente no caso da criança se encontrar em estado crítico. Neste ambiente tão diferenciado deparei-me com algumas questões relacionadas com o apoio que a equipa de enfermagem presta aos pais, bem como o seu grau de satisfação com os cuidados de enfermagem. Ainda me surgiram inquietações sobre a capacitação parental no âmbito da criança com doença crónica, que possa ter **alta precoce** para o domicílio, após estabilização. Compreender as experiências dos pais ao participarem nos cuidados à criança internada numa unidade de cuidados intensivos (UCI) permite que a equipa de saúde providencie um melhor suporte aos pais, uma vez que estão envolvidos múltiplos sentimentos e emoções (Dahav & Sjöström-Strand, 2017). Estes podem ter impacto num processo de alta futura, que pode passar pela HDP, considerando que para aplicação da mesma não pode haver um papel parental comprometido. Deste modo, envolver os pais na prestação de cuidados demonstrou ser benéfico na redução do *stress,* da ansiedade, do medo e dos sentimentos de insegurança, capacitando-os para a transição para o domicílio (Oxley, 2015; Petersson et al., 2023).

Um internamento numa UCI pode ser uma experiência muito traumática para a criança e para os pais (Mateus, 2016), sendo que por vezes, os pais podem recear falar, tocar ou mesmo estar junto da criança (Almeida et al., 2016). Contudo, neste serviço são utilizadas práticas que diminuem este impacto negativo, nomeadamente, o envolvimento dos pais nos cuidados e a permissão de objetos significativos, como por exemplo um peluche, o que permite humanizar o ambiente, tendo em consideração que a natureza do ambiente pode impedir ou facilitar um processo de transição (Chick & Meleis, 2010). Ao incentivar esta prática consegui operacionalizar a competência do EE "*Garante um ambiente terapêutico e seguro"* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747), tornando o ambiente mais humanizado e menos traumático, primordial para o cuidar em pediatria.

Na prestação de cuidados consegui perceber as dificuldades no envolvimento da família quando a criança/jovem se encontra em estado crítico e a importância de estabelecer uma verdadeira relação terapêutica. A literatura realça a parceria de cuidados em UCIPed, contudo o envolvimento dos pais na prestação de cuidados é variável, nomeadamente se estamos perante uma doença aguda ou crónica. Perante uma doença crónica, o enfermeiro envolve mais os pais e capacita-os essencialmente numa vertente mais técnica, preparando antecipadamente uma transição para o domicílio (Almeida et al., 2016). Assim, cabe ao EESIP minimizar o impacto do ambiente que é muitas vezes percecionado pelos pais como confuso e ansiogénico.

Ao longo do estágio deparei-me com situações clínicas graves e com crianças/jovens com instabilidade hemodinâmica, permitindo que desenvolvesse competências na área do cuidar da criança/jovem e família em situação crítica. A prestação de cuidados na unidade revelou-se como um fator impulsionador para o desenvolvimento de competências de EESIP, em especial no que diz respeito à competência "*Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

Os investigadores Sousa & Meneses (2016), elucidam-nos quanto à presença de três domínios principais no âmbito do desenvolvimento de competências, sendo eles designados como científico, técnico e comportamental. Neste seguimento e dada a instabilidade hemodinâmica, realço no âmbito científico e técnico o desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas em suporte avançado de vida pediátrico (SAVP), ventilação mecânica invasiva e VNI, avaliação e registo da dor, preparação, administração e vigilância de sedo analgesia, curarização e perfusão de inotrópicos/terapêutica vasopressora, derivação ventricular externa, posicionamentos, TIP e ECMO. Na vertente comportamental destaco a parceria de cuidados, a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem, a gestão das

emoções e sentimentos, e promoção da esperança realista nos pais. Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento das unidades de competência "*Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados*" e "*Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193). Por outro lado, a formação em SAVP potenciou o desenvolvimento destas competências no contexto (Anexo XII).

Foi solicitada a participação na prestação de cuidados em contexto de **TIP** que me permitiu conhecer a dinâmica do transporte de crianças/jovens gravemente doentes. Pude colaborar no transporte de um RN prematuro com VNI, transportado entre duas unidades de neonatologia, com todas as condições de segurança acauteladas, tendo prestado cuidados em conjunto com o enfermeiro e médico da equipa daquele turno.

O cuidar de enfermagem à criança/jovem com **doença rara** é de especial complexidade e implica a procura de evidência científica para dar **resposta adequada** e individualizada. Desenvolvi competências neste âmbito ao prestar cuidados a crianças com Síndrome de *Pearson*, Síndrome de *Dandy Walker* e Síndrome de *Noonan*, respondendo com **cuidados de enfermagem apropriados**. O encaminhamento para outros recursos não foi possível uma vez que as crianças de quem cuidei se encontravam numa fase de instabilidade.

Na reta final do estágio pude colaborar na prestação de cuidados de um RN conectado a técnica de ECMO veno-arterial por síndrome de aspiração meconial ao nascimento, sendo esta técnica de suporte cardiopulmonar um contributo inovador para a sobrevivência de crianças/jovens em pediatria. Esta experiência foi como entrar num mundo novo que muito me fascinou e onde pude aprender sobre a prestação de cuidados nesta área. Estes cuidados são deveras complexos, envolvendo a mobilização de inúmeros conhecimentos teóricos e práticos, requerendo uma grande destreza técnica e científica.

Por fim, enquadrado neste objetivo, acompanhar a enfermeira orientadora que detinha funções de chefe de equipa permitiu-me ter um olhar mais abrangente relativamente à gestão e organização de uma equipa tão diferenciada, sendo que ao colaborar nestas funções adquiri competências de EE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no sentido das unidades de competências "*Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro*" e "*Gere respostas de adaptabilidade individual e organizacional*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

2.2.2. Contribuir para a uniformização dos cuidados à criança/jovem com diabetes inaugural com cetoacidose diabética e sua família

Em Portugal Continental, no ano de 2021, estimou-se a ocorrência de 680 novos casos de diabetes *mellitus* (DM) a cada 100 000 habitantes. Neste mesmo ano, o número total de internamentos pela doença correspondeu a 6 622 casos, dos quais 8,1% são em idade pediátrica, onde 98,9% se relaciona com a DM tipo 1. Nas crianças/jovens a sensibilidade ao défice de insulina é maior, associando-se a um maior risco de desenvolvimento precoce e complicado de Cetoacidose Diabética (CAD) (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023). Um atraso na deteção de sinais/sintomas sugestivos de complicações da DM pode ser devido a lacunas no conhecimento dos profissionais, favorecendo a prevalência de casos de CAD (Rodrigues et al., 2021).

Sendo a DM uma doença crónica bastante complexa, com a finalidade de aprofundar a temática da DM com CAD e trazer para a prática a evidência científica mais recente disponível, nacional e internacional, foi realizada uma *Rapid Review* com recurso a quatro bases de dados, nos últimos cinco anos. A estratégia de pesquisa evidencia-se no Apêndice XII.

No que concerne às competências de comunicação escrita, os autores Belim & Nunes (2023) elucidam-nos quanto à importância de desenvolver posters e recursos educacionais proveitosos. Para além do mais, com vista à uniformização dos procedimentos, no âmbito da qualidade, a criação de normas e protocolos visa homogeneizar as práticas clínicas e garantir a tomada de decisão suportada na PBE (Nunes et al., 2023), permitindo uma mudança de comportamentos através da formação das equipas (Sousa & Meneses, 2016).

Tendo como ponto de partida a pesquisa realizada foi elaborada uma norma de orientação clínica intitulada de "Cuidados de Enfermagem à Criança/Jovem com Diabetes Mellitus com Cetoacidose Diabética", dirigida à prestação de cuidados pela equipa de enfermagem (Apêndice XIII). Na mesma linha orientadora, de modo a facilitar o processo de transição saúde-doença e, por conseguinte, a transição numa fase posterior para o domicílio, elaborei um cartaz informativo denominado "O meu filho tem diabetes e está nos cuidados intensivos! E agora?" (Apêndice XIV). Ambos os materiais foram inicialmente aprovados pela enfermeira orientadora e pela enfermeira gestora da UCIPed, onde foi sugerido que o fluxograma de atuação na CAD ficasse disponível na sala de trabalho, pelo que elaborei um documento apenas com o fluxograma que ficou afixado na sala mencionada (Apêndice XV). Posteriormente, foram ainda para aprovação da direção de enfermagem, que

sendo um processo mais moroso, foi aprovada após término do estágio não conseguindo avaliar a sua aplicabilidade direta na melhoria dos cuidados.

A realização destes documentos permitiu o desenvolvimento de competências de EE no domínio da gestão dos cuidados, dotando a equipa de informação que permite melhorar a tomada de decisão e desenvolver competências para colaborar mais eficazmente com a equipa multidisciplinar, tal como é referido no Regulamento n.º 140/2019 (2019), atuando na competência "*Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*". A verdade é que através de uma capacitação precoce, crianças/jovens com DM inaugural poderão ter uma alta precoce por exemplo através da HDP, pelo que intervenções promotoras da capacitação parental se tornam essenciais.

2.2.3. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco no papel parental

Um internamento numa UCIPed é potenciador de *stress* parental associado à angústia de separação dos irmãos; doença grave; sofrimento e dor; alteração de papéis familiares; necessidade de cuidados a longo prazo; e incerteza sobre o futuro (Hagstrom, 2017).

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma intervenção premente, de natureza multiprofissional. A avaliação da satisfação torna-se particularmente pertinente em populações vulneráveis, como é o caso das crianças (Loureiro et al., 2019). Contudo, sabemos que a criança não se dissocia da família pelo que se considera pertinente avaliar o grau de satisfação parental, não esquecendo a opinião da criança/jovem.

A melhoria da qualidade está assente na PBE e na pesquisa em enfermagem (Alvaro-LeFevre, 2022). Assim, de modo a dar resposta à lacuna identificada no serviço, não avaliação do papel parental, iniciou-se um processo metodológico que incluiu uma metodologia de investigação-ação com pesquisa pelo termo livre "*nurse parent support tool*", a fim de encontrar artigos relacionados apenas com a escala supramencionada nas seguintes bases de dados: *scopus*, *google scholar*, MEDLINE *complete* e CINAHL *complete,* sem friso temporal. Sendo uma escala que desconhecia à partida priorizei como primeira fase a fundamentação teórica sobre a mesma que se encontra exposta no Apêndice XVI, por forma a puder compreender e aplicar a escala na prática.

Após compreensão da escala, torna-se evidente a necessidade de priorizar a implementação de projetos de melhoria contínua, nomeadamente no âmbito da satisfação parental. Frisando que a UCIPed em questão não tem um instrumento específico de avaliação

da satisfação parental e/ou papel parental, evidencia-se como necessário a aplicação de um instrumento de avaliação que maximize a qualidade dos cuidados prestados, numa conduta de aposta na melhoria contínua. Considerando que o ambiente numa UCI é de alto risco, torna-se primordial identificar fatores stressores nos pais, a fim de planear e desenvolver intervenções que intervenham no papel parental (Turan et al., 2016).

De modo a ser possível a utilização em contexto de estágio, garantindo o cumprimento de princípios éticos, deontológicos e legais, foi solicitada autorização a duas autoras de referência no domínio do papel parental. A primeira que traduziu e validou a escala para Portugal (Valadão, 2012) e a segunda que aplicou a escala numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos num hospital português (Sousa, 2016). Ambas responderam positivamente ao pedido solicitado (APÊNDICE XVII).

Seguiu-se a fase de aplicação da escala supramencionada na unidade. Primeiramente, a escala foi exposta à enfermeira orientadora e à enfermeira gestora do serviço que demonstraram considerar fulcral a aplicação da escala na UCIPed no âmbito da melhoria contínua. Em seguida, a escala foi apresentada à equipa de enfermagem, com um planeamento prévio. Houve a preocupação de que 100% da equipa ficasse a conhecer a escala, pelo que se optou por fazer esta apresentação nas passagens de turno, de um modo breve e resumido, com o intuito de formar toda a equipa de enfermagem. No final de cada sessão foi aplicado um questionário aos participantes, com o propósito de avaliar a mesma e, em cada uma das sessões, houve um período de discussão sobre a aplicação do instrumento na unidade, para identificação de áreas e estratégias de melhoria. Evidentemente, dado o curto período de estágio, foi difícil formar todos os membros da equipa, pelo que deixei disponível no serviço uma pasta que integra a apresentação em formato *PowerPoint* utilizada para as sessões realizadas, bem como a escala para preenchimento pelos pais e bibliografia de apoio que a equipa pode consultar se assim o entender (Apêndice XVIII).

Simultaneamente com a fase de apresentação à equipa, decorreu a aplicação rápida da escala a quatro pessoas de referência com um papel parental ativo. Foram criados critérios de elegibilidade para aplicação da escala: pais de crianças internadas na UCIPed, com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, que aceitem de livre e esclarecida vontade preencher a escala, cujo internamento seja superior a 72 horas e que dominem a língua portuguesa. Cada um dos participantes recebeu informação oral e escrita sobre a escala e o preenchimento da mesma. Os resultados encontram-se evidenciados no Apêndice XIX, e deram origem à publicação de um poster num seminário designado de "Cuidados Centrados

na Família - Aplicação da Escala "Nurse Parent Support Tool" numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos" (Anexo XIII), aferindo que a escala poderá ser aplicada no futuro.

No seguimento dessa análise, destaco a aplicação da escala num cuidador de uma criança com um internamento prolongado na unidade, em que os resultados demonstraram um apoio excelente da equipa de enfermagem em praticamente todas as afirmações, realçando-se pontuações baixas nos itens: "*Ensinou-me a prestar cuidados ao meu filho(a)*", "*Deixou-me decidir se desejava assistir ou não aos procedimentos técnicos*" e "*Ajudou-me a saber como consolar o meu filho(a) durante ou após os procedimentos*". Estes resultados foram partilhados apenas com a enfermeira orientadora no sentido de alterar a prestação de cuidados e de dar resposta aos itens que percecionam um menor apoio da equipa de enfermagem. Por outro lado, afere-se que a aplicação da escala é simples e acessível pelo que se considera que poderá trazer grandes ganhos às famílias cuidadas na unidade pelo facto de as intervenções subsequentes à aplicação da escala serem adaptadas a cada díade, fazendo ainda mais a diferença se a intervenção for conduzida por um EESIP.

Apesar da aplicação da escala ser direcionada para os pais, perante a criança consciente, orientada e com capacidade de comunicação, a sua opinião foi sempre tida em conta. Neste cenário, uma abordagem que permita que as crianças assumam um papel ativo nas suas decisões e que possam expressar as suas necessidades é primordial. As interações diretas dos enfermeiros com as crianças, tornam-se cruciais para promover uma participação mais ativa no processo de comunicação (Lee et al., 2019). Os autores Loureiro e colaboradores (2019) referem que no âmbito da satisfação da criança com os cuidados de enfermagem, os elementos mais identificados dizem respeito ao ambiente físico e social e às atividades de entretenimento. A compreensão e a incorporação dessas dinâmicas de participação das crianças destacam a necessidade de uma abordagem personalizada e individualizada por parte dos profissionais de saúde (Lee et al., 2019). A satisfação da criança/jovem ao longo do internamento da UCIPed não foi avaliada de forma rigorosa através de um instrumento validado uma vez que, neste contexto a criança/jovem muitas vezes não se encontra capaz de decidir face ao seu estado de saúde. Contudo, tive em conta a opinião da criança/jovem sempre que possível, tornando-a participante ativa nos cuidados.

A aplicação desta escala na UCIPed em consonância com as competências do EE destaca a aquisição da competência "*Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747). Esta atividade desenvolvida foi ainda ao encontro da competência de mestre elencada no Regulamento Geral do Mestrado em

Enfermagem "*Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização*" (Universidade Católica Portuguesa, 2017, p. 4). Neste âmbito foi-me dirigido um convite para participar num encontro de EESIP intitulado de "*Parceiros nos Cuidados*", o qual potenciou o meu autoconhecimento na área da saúde infantil e pediátrica (Anexo XIV).

2.3. INTERNAMENTO DE INFECCIOLOGIA – Uma transição efetiva para o domicílio através do brincar, capacitar e acompanhar

O terceiro e último estágio decorreu num internamento de infecciologia de 13 de novembro a 16 de dezembro. É uma unidade de referência no âmbito da infecciologia e os principais diagnósticos das crianças/jovens admitidos são tuberculose pulmonar, varicela, infeção por *influenza* A, B ou COVID-19, artrite, miosite, osteomielite, encefalite, meningite e doença de Kawasaki. O serviço tem capacidade para receber 12 crianças/jovens distribuídos por sete quartos, dos quais quatro são quartos de pressão negativa para isolamento. Quando a criança/família dão entrada no serviço é fornecido um guia de acolhimento onde é pedido aos pais que no momento da alta avaliem os cuidados prestados pelos profissionais.

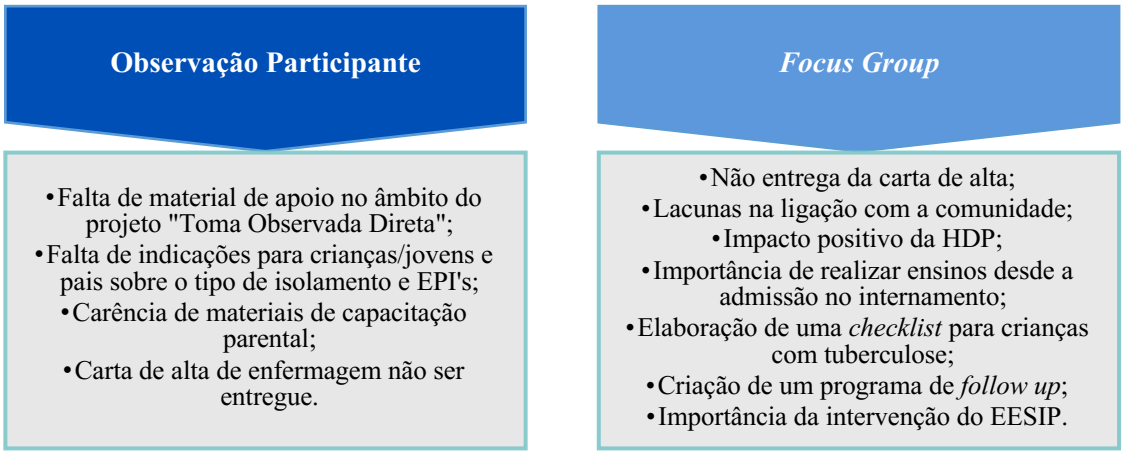
A equipa de enfermagem é composta por 24 enfermeiros, dos quais 12 são EE em saúde infantil e pediátrica, tendo quatro o grau de mestre, sendo ainda, um dos enfermeiros mestre e especialista em saúde mental e psiquiátrica. Isto denota um grande investimento na formação, pois metade da equipa possui competências acrescidas. O método de trabalho adotado no serviço é o método individual. Com o intuito de cumprir as dotações seguras preconizadas pela ordem dos enfermeiros (OE), por norma estão cinco enfermeiros distribuídos no turno da manhã e três no turno da tarde e da noite.

Este serviço não tem uma sala de atividades destinada ao brincar, uma vez que o controlo de infeção é mandatório, contudo é promovida a aprendizagem escolar contínua pois o hospital dispõe de uma escola, onde as professoras se deslocam ao internamento se a criança necessitar de permanecer em isolamento.

O estágio num internamento de infecciologia pode representar desafios inerentes ao controlo de infeção e necessidades especificas de cuidados das famílias. À semelhança dos contextos anteriores, o **diagnóstico de situação** (figura 4) foi realizado na primeira semana de estágio para identificação desses desafios e de oportunidades de intervenção através das

seguintes técnicas de recolha de dados: observação participante e *focus group* (Apêndice XX).

Figura 4 - Diagnóstico de situação no internamento de infecciologia



O diagnóstico de uma doença infetocontagiosa pode ter um impacto negativo na vida da criança/jovem. A hospitalização num internamento deverá considerar a possibilidade de uma alta precoce, cumprindo pressupostos da HDP, tendo em vista a transição para o domicílio.

Um dos objetivos dos cuidados de enfermagem consiste em ajudar os indivíduos a serem mais independentes no âmbito das atividades de vida diária (Eriksson et al., 2015), pelo que a capacitação se torna essencial. A educação para a saúde deve ser simples, direta e compreensível e os profissionais de saúde devem ter em mente a avaliação da compreensão das informações transmitidas e perante ausência de compreensão deve haver uma reformulação da estratégia aplicada (Yen & Leasure, 2019), sendo esta facilitada se a comunicação utilizar meios visuais, auditivos, gráficos e desenhos (Almeida, 2023).

Partindo da temática da HDP, tendo como referência o processo de transição para o domicílio bem como as conclusões aferidas pelo diagnóstico situacional, focando as lacunas no âmbito da capacitação, da transição de cuidados do período após a alta, foram delineados dois objetivos específicos: "Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença infetocontagiosa, crónica e/ou oncológica" e "Desenvolver um plano de intervenção especializada com enfoque na transição para o domicílio da criança/jovem e família", delineando atividades (Apêndice XXI).

2.3.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença infetocontagiosa, crónica e/ou oncológica

De facto, ao pensarmos neste contexto remete-nos muitas vezes para a verbalização por parte da criança, sobretudo em idade escolar, de querer ir para casa, pelo que a prática do EESIP deverá ser focada em que a transição para o domicílio seja o mais célere possível.

A prestação de cuidados em contexto de internamento foi focada na criança/jovem e família com doença infetocontagiosa, crónica e oncológica, sendo que tive oportunidade de prestar cuidados autónomos e interdependentes em todas estas vertentes, indo ao encontro das 3 competências específicas do EESIP, mas operacionalizando fortemente a unidade de competência "*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, oncológica, deficiência e incapacidade*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

A promoção de um crescimento e desenvolvimento ideais na infância predispõe hábitos alimentares e de sono saudáveis (Vilelas et al., 2023). Focado na criança com doença crónica houve uma especial atenção para a promoção de uma qualidade de **sono**, uma vez que ao partilharem o quarto com duas ou três crianças pode prejudicar o seu padrão de sono habitual e acarretar perturbações cognitivas, comportamentais, emocionais e motoras. O ambiente hospitalar pode agravar este tipo de perturbações, contudo podem ser adotadas estratégias no âmbito da gestão ambiental (redução do ruído e luminosidade), gestão dos cuidados (protelar cuidados e limitá-los durante o período de sono) e promoção do conforto (controlo da dor e uso de técnicas de relaxamento) (Vilelas et al., 2023). Outra estratégia passa pela implementação da HDP, que permite melhorar o sono de um modo geral pela isenção de ruídos, redução da luminosidade e pelo facto da criança permanecer num ambiente familiar (Young et al., 2006; Hansson et al., 2012; Castor et al., 2018). Vilelas e colaboradores (2023) realçam ainda que uma nutrição adequada favorece um sono saudável, sendo que na HDP os pais relatam uma melhoria do apetite (Castor et al., 2018).

Tive oportunidade de cuidar e acompanhar o processo de alta de uma jovem com **doença rara** designada de Síndrome *Au-Kline*, com doença desmielinizante do sistema nervoso central e hipotiroidismo associadas. Tratando-se de uma jovem com incapacidade na marcha e na linguagem, consegui refletir em conjunto com a mesma sobre o regresso à escola, dotando-a de **estratégias de *coping* e adaptação**. Sabemos que a inclusão da criança/jovem com necessidades especiais em meio escolar requer uma abordagem holística (Martins & Borges, 2023), pelo que foram colocados em prática os critérios de avaliação: "*Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem*", "*Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e adaptação*" (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193) e "*Promove a relação dinâmica*

com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada" (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19194).

Tendo em conta o supramencionado, no dia da alta foi realizado o **encaminhamento** para os CSP com inclusão da equipa de saúde escolar (SE) não só no sentido de manter vigilância da saúde como facilitar a reintegração em meio escolar, tendo sido enviado um email para os elos de ligação da comunidade (enfermeiro de família, equipa de SE e equipa local de intervenção). Esta referenciação foi precedida de uma avaliação, em que foram detetadas necessidades de intervenção em meio escolar para facilitar a adaptação ao processo saúde-doença. A promoção da literacia, melhoria da qualidade de vida de crianças e jovens, bem como a otimização de um desenvolvimento saudável pode ser aperfeiçoado através da colaboração com as equipas de SE. A intervenção destas equipas permite um seguimento rigoroso, atuando numa conduta de promoção da saúde, tendo em consideração as particularidades e o grau de autonomia de cada criança/jovem (Martins & Borges, 2023). A prestação destes cuidados foi ao encontro da competência do EESIP "*Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

Na prestação de cuidados, destaco a deteção de uma necessidade de avaliação do **sistema familiar**. Tratava-se de um RN internado filho de uma mãe com 14 anos de idade. Esta situação pode levantar diversas questões éticas e sociais. Apesar de não ter conseguido acompanhar o processo de alta, por ser um internamento prolongado, tornou-se fundamental compreender a dinâmica familiar onde procedi à identificação de membros da família, as suas relações, níveis de apoio e possíveis desafios familiares. Em conjunto com assistente social aferiram-se os recursos disponíveis para a mãe adolescente bem como o desenvolvimento de estratégias facilitadoras de adaptação à parentalidade na adolescência, de modo a conferir se o regresso ao domicílio seria um ambiente estável e seguro, adequando o suporte familiar e comunitário. A identificação da avó materna, que assumiu o papel de cuidadora junto à mãe do RN, desempenhou um papel crucial na garantia de um futuro seguro, saudável e estável tanto para o RN quanto para a mãe adolescente. Perante esta situação gerou-se em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade, operacionalizado pelos critérios de avaliação "*Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde*" e "*Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

A prestação de cuidados no sentido do desenvolvimento da unidade de competência "*Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde*" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194) foi notória ao longo do estágio, contudo opto por refletir sobre uma situação em particular. Tratava-se de um adolescente, submetido a uma cirurgia com alteração da imagem corporal da face. Não se tratando de uma doença infetocontagiosa, e por necessidade de vagas para outras crianças, foi alocado num quarto em conjunto com um RN, uma criança em idade pré-escolar e outra em idade escolar. Destaca-se a presença constante da televisão em canais infantis, algo que desagradou o adolescente, senti necessidade de ajudá-lo a **expressar** as suas **emoções** bem como reforçar a **imagem corporal positiva**, uma vez que denotei a presença de sentimentos negativos. Esta situação padece de reflexão uma vez que segundo a European Association for Children in Hospital (2022) as crianças durante o internamento devem ser agrupadas por faixas etárias no sentido de usufruírem de atividades adequadas à sua idade.

A realização de procedimentos invasivos é frequente num contexto de internamento, por esse motivo, a **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança** tornou-se central na minha atuação, privilegiando os cuidados atraumáticos. Aqui realço o recurso a uma **variedade de terapias de enfermagem** de natureza **autónoma**, nomeadamente a aplicação de medidas não farmacológicas como a musicoterapia, o brincar terapêutico, a distração, o Buzzy® (dispositivo que associa a vibração de alta frequência com o frio), a contenção, o reforço positivo, e o conforto proporcionado pelo cuidador, associando sempre que possível aplicação de um anestésico tópico.

Na prestação de cuidados à criança e família com doença oncológica, distingo o cuidar perante duas crianças com idade inferior a dois anos com diagnósticos de leucemia tipo *Burkitt like* e linfoma anaplásico das grandes células T. Atuei no sentido de promover a adoção de **estratégias adaptativas**, bem como promotoras de uma esperança realista. Sendo esta realidade distinta do meu contexto de trabalho, fiquei emocionada ao testemunhar a resiliência dessas crianças e a facilidade com que é possível arrancar-lhes um sorriso através de gestos tão simples. As experiências dos pais que enfrentam uma hospitalização conjuntamente com o filho diagnosticado com doença oncológica remetem para a importância da família estar junta num momento que é tão complicado (Tutelman et al., 2021), algo que seria possível através da HDP.

Considerando o enfermeiro responsável por grande parte da prestação de cuidados num internamento, este está direta e ativamente envolvido no controlo de infeção, pelo que demonstrei e apliquei conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção.

Salientando o cuidar da criança/jovem e família numa unidade de infecciologia, torna-se evidente a necessidade de isolamento em alguns casos. Já no século passado, a Organização Mundial da Saúde (1965) considerou importante o isolamento como medida de prevenção da transmissão direta ou indireta de microrganismos. Perante um isolamento pode haver um impacto negativo no bem-estar da criança devido à restrição de visitas, mas também pela falta de orientações sobre as práticas relativas ao mesmo (Silva et al., 2019).

Perante esse cenário, a criação de um cartaz informativo sobre o isolamento (Apêndice XXII) revelou ser crucial para a eficácia na transmissão de informação às crianças e cuidadores, abordando especificamente cada tipo de isolamento e desmistificando eventuais mitos associados. Os profissionais de saúde deverão ser portadores de informação que capacite sobre higienização das mãos, etiqueta respiratória, equipamento de proteção individual (EPI) e controlo ambiental (Barroso et al., 2021). Há ainda um incentivo à lavagem frequente das mãos, uma vez que Pinho (2020) considera que a mesma impede a propagação de microrganismos.

Em qualquer tipo de intervenção conduzida com a criança/jovem a sua opinião foi sempre tida em consideração, muitas vezes aferida através do brincar terapêutico, uma vez que segundo Santos e colaboradores (2016), as crianças enfatizam a relevância dos cuidados serem prestados com carinho, sensibilidade e afeto. Para além do mais, destaco o desenvolvimento de **competências comunicacionais** adaptadas a cada faixa etária.

Inserido neste objetivo específico, procurei oportunidades para assegurar a qualidade dos cuidados através da **gestão eficaz dos recursos**, considerando que na perspetiva de Paiva e colaboradores (2022) desperdiçar recursos é antiético. Em meio hospitalar, o enfermeiro é o principal responsável pela gestão de recursos físicos, materiais, financeiros, bem como pelo planeamento, coordenação e controlo das atividades relacionadas com a gestão dos cuidados, visando um equilíbrio entre um ambiente seguro e uma gestão efetiva, eficiente e eficaz (Paiva et al., 2022; Mendes et al., 2022; Nunes et al., 2023; Teixeira & Cardoso, 2023).

Neste enfoque, em conjunto com a enfermeira gestora, desenvolvi competências no âmbito da otimização, planeamento e coordenação de recursos materiais, farmacêuticos, alimentares e humanos. Colaborei na realização do horário mensal, notando-se equidade no horário de cada elemento bem como flexibilidade nas trocas, privilegiando os enfermeiros que apostam na formação contínua. Foi-me ainda permitido distribuir a equipa de enfermagem pelas crianças/jovens internados, utilizando o Método de Trabalho Individual, respeitando as dotações seguras preconizadas para OE. Torna-se prioritário refletir sobre a

importância do método de "enfermeiro de referência" no processo de alta, uma vez que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011a), a gestão do processo de alta é facilitada e promove a continuidade de cuidados, se tal for da responsabilidade de apenas um enfermeiro, desde a admissão até à transição para o domicílio. Em consonância com o mencionado, é elencado que os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica favorecem a utilização do método de trabalho "enfermeiro de referência" (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Considero fulcral a integração deste método em cada contexto, ao invés do método individual, uma vez que permite um melhor acompanhamento da criança/jovem e família.

No serviço em questão há a colaboração com a Fundação Infantil Ronald McDonald, que apoia crianças em meio hospitalar, com a entrega de *kits* de higiene e conforto para todas as crianças internadas. A gestão da entrega dos mesmos é realizada pela enfermeira gestora. Neste sentido, num dos turnos entreguei *kits* a famílias que ainda não tinham recebido.

As atividades desenvolvidas no âmbito da gestão de cuidados viabilizam a concretização da competência do EE "*Adapta a liderança e a gestão dos recursos à situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos* cuidados" através de "*Otimiza o trabalho da equipa adequado os recursos às necessidades de cuidados*" e "*Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748), bem como a unidade de competência do EE "*Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

As **auditorias clínicas** permitem aprimorar a qualidade dos cuidados e identificar áreas que possam comprometer a segurança. Alicerçado na observação do desempenho e reformulação da prática clínica, esta avaliação realizada por pares é meticulosa, sistemática e contínua por forma a garantir que os procedimentos realizados estão alinhados com o que é reconhecido como as melhores opções e práticas assistenciais (Barroso et al., 2021; Rodrigues, 2022). Nesta vertente, colaborei ativamente, em conjunto com a enfermeira orientadora, na realização de uma auditoria clínica no âmbito dos dispositivos eletrónicos de perfusão (DEP), permitindo a aplicação prática da unidade de competência "*Avalia a qualidade das práticas* clínicas" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747). Esta teve o objetivo de assegurar práticas seguras na utilização dos DEP através de observação direta, dando evidência das taxas de conformidade bem como conclusões e propostas de melhoria.

2.3.2. Desenvolver um plano de intervenção especializada no âmbito da transição para o domicílio da criança/jovem e família

Este plano de intervenção foi delineado tendo em consideração as necessidades do serviço, bem como da população alvo da intervenção do EESIP, promovendo o desenvolvimento de uma das unidades de competência do EE "*Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4750), como será evidenciado em seguida.

Realça-se que a permanência em isolamento pode ser um fator potencialmente causador de *stress* e pode ter um impacto negativo na transição da família para o domicílio. Assim, foram delineadas intervenções para promover não só a capacitação, mas ainda associar o brincar terapêutico à prevenção de complicações no domicílio, com o intuito de humanizar o ambiente hospitalar, tornando-o o mais próximo de casa. Logo, uma das áreas de atuação diz respeito à intervenção do EESIP numa doença infetocontagiosa causadora de internamento em pediatria, a tuberculose. Uma compreensão aprofundada desta patologia é primordial para delinear intervenções adequadas a cada faixa etária (Apêndice XXIII).

O tratamento contra a tuberculose, pode ser alcançado pela estratégia designada de Observação Direta da Toma (TOD) por profissionais de saúde treinados, tendo em vista as consequências da falta de adesão e do abandono do tratamento (Saucedo et al., 2022). O internamento de infecciologia mencionado utilizava a TOD, contudo por não haver uma abordagem sistematizada dos cuidados a prestar foi elaborada uma *checklist* "Criança/jovem e família com o diagnóstico de tuberculose" (Apêndice XXIV), com o intuito de facilitar a comunicação entre a equipa não descurando aspetos fulcrais no processo de transição para o domicílio. A utilização de uma lista de verificação para preparar a alta facilita este processo, uma vez que pode incluir informações sobre a transição hospital-domicílio, medicação e consultas de seguimento (Zhou et al., 2021).

Para além disso, foi evidenciado pelo *focus group* a dificuldade de articulação com os CSP, tendo observado que apesar de o serviço ter disponível alguns contactos de centros de saúde e dos enfermeiros responsáveis pela TOD, os mesmos não se encontravam organizados, estando dispersos pelo serviço. Por este motivo, criei um ficheiro intitulado de "Criança/jovem e família com tuberculose – Articulação com os Cuidados de Saúde Primários para realização de TOD" que não será exibida por conter informação confidencial.

No decorrer do estágio, prestei cuidados a uma criança e ao seu cuidador que se encontravam no internamento com o diagnóstico de tuberculose, o que carece de administração de terapêutica pelo menos durante seis meses ininterruptos. Optei por

personalizar um **guia terapêutico** com a medicação a realizar no domicílio, bem como o material necessário (Apêndice XXIV), a fim de contribuir para a adesão terapêutica. Não posso deixar de mencionar o elogio que o cuidador fez (Apêndice XXIV), algo que me tocou profundamente e me fez repensar sobre como as nossas intervenções fazem a diferença.

Dentro do crescimento científico destacam-se elementos como a criatividade e a inovação, desde que baseados em princípios e que não ponham em causa a segurança na prestação de cuidados (Meleis, 2018; Alvaro-LeFevre, 2022; Belim & Nunes, 2023). Na faixa etária da criança em idade escolar, foi elaborado um **jogo de tabuleiro terapêutico** dirigido a crianças dos seis aos dez anos (Apêndice XXIV), que associa o brincar terapêutico à capacitação sobre a tuberculose e os cuidados de etiqueta respiratória. A faixa etária designada não é estanque, deverá ser ponderado o estadio de desenvolvimento da criança.

Os jogos apresentam diversos ganhos, tais como fomentar a motivação, incentivar a cooperação e a interação interpessoal, facilitar a resolução de problemas, além de contribuir para o desenvolvimento intelectual, social e afetivo (Macêdo et al., 2017; Almeida & Donizete, 2021). A criação deste jogo tem como principal propósito promover a aprendizagem, a interação e o brincar bem como facilitar a consciência para a temática da tuberculose, uma vez que a Ordem dos Enfermeiros (2023) destaca a importância de um ambiente variado e estimulante com vista ao desenvolvimento. Sendo este jogo concebido para crianças, no final do mesmo, se ganharem, recebem um presente dos enfermeiros, um desenho para colorir (Apêndice XXIV), o que para além de fomentar sentimentos positivos contribui para promover a motricidade e o desenvolvimento intelectual.

Por outro lado, na faixa etária dos adolescentes, considera-se essencial a capacitação sobre a doença com vista ao *empowerment* e aumento da consciencialização (Mendes et al., 2023). A utilização da tecnologia digital, através de atividades lúdicas, é uma contribuição significativa no estímulo da literacia, favorecendo o aprimoramento da atenção e concentração (Macêdo et al., 2017; Fonseca & Galvão, 2023). Assim, para os adolescentes foi elaborado um ***quizz* interativo** com 11 perguntas sobre a tuberculose. Perante a resposta, apresenta-se em seguida uma explicação com o intuito de capacitar o adolescente e posteriormente, é-lhe pedido que aceda a um vídeo sobre uma campanha da Direção Geral da Saúde contra a tuberculose, permitindo-o aceder a mais informação sobre a temática. Estes materiais foram plastificados e apresentados à criança em formato de QRCode (Apêndice XXIV).

As intervenções conduzidas *online*, por meio de dispositivos móveis, desempenham um papel significativo na educação para a saúde voltada para as crianças e jovens, uma vez

que são especialmente cativantes para esta população pela ausência de restrições temporais e espaciais, anonimato, flexibilidade e por serem vantajosas na vertente custo-benefício (Domhardt et al., 2021), pelo que se torna uma intervenção pertinente e inovadora para os adolescentes internados com suspeita ou confirmação de tuberculose.

Todos os materiais foram escolhidos considerando a prevenção da infeção, sendo todos passíveis de serem desinfetados. O objetivo primordial dos mesmos foi aumentar a consciencialização sobre a temática da tuberculose, por forma a agir facilitando a gestão do processo saúde-doença. Contudo, as intervenções tecnológicas na perspetiva de Espanha & Mendes (2023), podem ter limitações, sendo essas a falta de acesso à internet e de humanização nos cuidados, o que foi ultrapassado uma vez que o hospital em questão disponibiliza internet e que as intervenções são conduzidas por um elemento da equipa de enfermagem. Contudo, ressalva-se que fatores como ausência de dispositivo móvel e/ou internet foram salvaguardados, ficando disponível o *quizz* em formato de papel.

É evidenciado por Alves e colaboradores (2019) que o processo de alta apresenta lacunas havendo necessidade de implementação de estratégias de melhoria da comunicação entre profissionais, preparação da alta ao longo do internamento e uso de recursos didáticos. Para além disso, o Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose dá evidência da importância de disponibilizar material informativo, como por exemplo um folheto (Magalhães et al., 2013). Consequentemente, foi elaborado um folheto informativo dirigido aos pais/cuidadores com os cuidados a ter perante a suspeita de tuberculose, enfatizando a disponibilidade da equipa no esclarecimento de dúvidas (Apêndice XXIV).

Noutro foco interventivo, considera-se que a **carta de alta de enfermagem** representa uma ferramenta indispensável, uma vez que permite a transmissão de informações que viabilizam a continuidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). A entrega da carta de alta permite uma abordagem mais abrangente e sistematizada do processo de transição para o domicílio pelo que, ao longo do estágio, fui incentivando a equipa a elaborar e entregar a carta aos pais perante um processo de alta clínica.

Para além da criança/jovem e família com tuberculose, todas as famílias deverão ter um suporte adequado a fim de permitir uma **transição suave e segura** para o domicílio, uma vez que na opinião de Li e colaboradores (2019), o de período recuperação no domicílio pode ser percecionado como uma dificuldade maioritariamente por conta da diminuição das interações entre o enfermeiro e os cuidadores, escassez de capacitação ou esquecimento de informações e/ou aumento da responsabilidade do cuidador, sendo apropriada a implementação de um **programa de *follow up***.

A concretização de novos procedimentos e práticas foi visto como uma forma de transição (Schumacher & Meleis, 2010). Uma pesquisa bibliográfica, identificou que os estudos no âmbito do seguimento de crianças após a alta estão maioritariamente relacionados com a amamentação ou com a transição da neonatologia para casa, pelo que se reforça a pertinência da implementação deste programa no seguimento de crianças após alta do internamento. Para que esta seja bem-sucedida, houve um suporte em evidência científica que se encontra integrada no procedimento multissetorial intitulado de "**Programa de *follow up*** – Uma transição facilitada para o domicílio" exposto no Apêndice XXV.

Sendo o conhecimento, comunicação e competências de pensamento crítico em enfermagem essenciais no modo de atuação do EESIP (Greenberg, 2009), a criação de um programa de *follow up* torna-se imperativo para garantir a continuidade, eficácia e monitorização dos cuidados. O agendamento do telefonema deverá ser feito 24 a 48 horas após a alta (Sarik et al., 2022; Smith et al., 2022). Perceciono a sua realização como fulcral na deteção de complicações, encaminhamento, esclarecimento de dúvidas e, de um modo geral, na otimização de práticas seguras na melhoria do processo de transição para o domicílio. A sua implementação configura-se como um passo importante para a concretização da HDP. Por fim, a sua avaliação através de três questões, torna-se prioritária para avaliar o desempenho de quem faz o telefonema e identificar estratégias de melhoria.

Durante o estágio, tive oportunidade de operacionalizar o programa através do contacto a duas famílias após a alta. No primeiro acompanhamento, observou-se uma trajetória linear, com ausência de sintomatologia na criança, reforçando apenas a manutenção dos cuidados. No segundo contacto, identificou-se uma diminuição do apetite, levando à intensificação das orientações sobre a alimentação, reforço hídrico bem como o modo de atuação na presença de sinais de alarme. Nenhuma das famílias necessitou de encaminhamento. Relativamente à avaliação do programa, numa escala de 1 a 5, ambos os cuidadores avaliaram o telefonema em 5 e recomendariam o serviço a outras famílias, não apresentando sugestões de melhoria. Assim, o impacto deste programa de melhoria contínua na satisfação da família é evidente, sendo que o seu planeamento e implementação permitiu a aquisição de competências de EE com ênfase nas unidades de competência "*Planeia programas de melhoria contínua*" e "*Lidera programas de melhoria contínua*" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Noutra instância, foi realizada uma **sessão formativa** nomeada de "Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família" dirigida à equipa de enfermagem, resultando numa avaliação informal e verbal muito positiva, sendo posteriormente aplicado um questionário (Apêndice XXVI). Apesar de ser focada noutra

faixa etária, a sua realização dá resposta às competências de EE elencadas no final do subcapítulo 2.1.4.. Não obstante, a realização de as ambas sessões estão em consonância com as competências de mestre "*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*", "*Promover a formação em serviço na área de especialidade*" e "*Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialidade"* (Universidade Católica Portuguesa, 2017, p. 4).

3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As informações aferidas da avaliação permitem um aperfeiçoamento dos programas instituídos e consequentemente uma melhoria dos resultados para as famílias e comunidade (Pender et al., 2015). Quando se avalia um processo de transição há que ter em conta a sua variabilidade no tempo, exigindo uma reavaliação dos resultados (Meleis et al., 2000), dado que a **mensuração** das **atividades** implementadas certifica a sua eficácia. Uma avaliação rigorosa remete-nos para a utilização de instrumentos de avaliação (Ruivo et al., 2010), pelo que perspetivando a **utilidade avaliativa** da **investigação qualitativa**, foram aplicados vários **instrumentos de avaliação**, apresentados em seguida.

Tudo o que foi planeado no projeto de estágio sofreu alterações mínimas ao longo do processo de implementação, maioritariamente devido a constrangimentos do serviço que não consegui contornar. O **planeamento** foi realizado numa **perspetiva operacional**, uma vez que, segundo Santo (2022) emergiu a formulação de metas e objetivos tangíveis a serem alcançados num intervalo temporal mais curto. Após implementação das intervenções, verificou-se o nível de concretização dos objetivos estabelecidos. Uma transição saudável é definida por indicadores, tanto de processo como de resultado (Meleis et al., 2000). Em consonância, a avaliação da qualidade assume uma importância substancial na determinação da eficácia das iniciativas de melhoria da qualidade (Organização Mundial da Saúde, 2020). Deste modo, tornou-se basilar a utilização de indicadores de avaliação, de processo, de resultado, de impacto e de estrutura, o que a organização supracitada dimensiona na concretização do objetivo. Os indicadores supracitados foram delineados para cada objetivo específico traçado.

Foram realizadas entrevistas não estruturadas às enfermeiras orientadoras e a outros elementos da equipa de enfermagem com o objetivo de avaliar o êxito do projeto e, por conseguinte, os ganhos em saúde promovidos e/ou potenciação para ganhos em saúde. Foi sempre valorizada a opinião das famílias. A elaboração e subsequente análise de questionários permitiu o desenvolvimento de competências em investigação. A investigação em saúde tem particularidades éticas importantes a ter em consideração (Deodato, 2022).

Nesta linha orientadora, não foram recolhidos dados de natureza pessoal, contudo todas as entrevistas e questionários realizados, tanto a profissionais de saúde como a famílias, pressupõem um consentimento livre e esclarecido, uma vez que segundo Deodato (2022) a decisão em participar no estudo deverá ser sempre livre e esclarecida, sem qualquer coação, garantindo a dignidade da pessoa humana, respeitando o princípio do primado do ser humano face à investigação.

Os questionários aplicados aos pais/cuidadores foram planeados com o intuitivo de avaliar o material de capacitação elaborado, e uma vez que não se trata de um estudo nem envolve dados que possam identificar os participantes, não foi requerida ponderação por uma comissão de ética. Assim, foi ressalvada a privacidade dos participantes, nunca havendo risco de identificar os mesmos, sendo a sua estrutura elaborada cuidadosamente.

Sendo a avaliação um processo contínuo, foi realizada uma avaliação intermédia em cada campo de estágio, com a finalidade de refletir acerca do percurso desenvolvido até ao momento e aprimorar alguns aspetos identificados. Tudo o que foi planeado foi dinâmico, tendo as atividades sido alteradas consoante as necessidades da criança/jovem e família, já que Martins & Borges (2023) apontam que as intervenções educacionais podem necessitar de ajustes em qualquer fase da sua implementação.

No estágio de neonatologia realço que os cuidados de enfermagem foram promotores do crescimento e desenvolvimento do RN, houve uma comunicação efetiva, presenciou-se uma maior segurança da família na prestação de cuidados ao RN, a alimentação foi efetiva em todos os RN, privilegiando a amamentação e os registos foram uniformes, aferido por entrevista não estruturada à enfermeira orientadora. Foi realizado o acompanhamento de uma família após a alta através do *follow up*. As sessões de formação tiveram uma taxa de sucesso superior ao esperado. Do mencionado foi aferido que os indicadores de resultado foram atingidos com sucesso. Relativamente à satisfação dos cuidadores com o processo de alta, apenas seria passível de avaliar se o período de estágio fosse mais longo.

Na UCIPed, através de entrevista não estruturada à enfermeira orientadora, percecionou-se haver um incremento na qualidade dos cuidados especializados à criança/jovem em situação crítica/gravemente doente e família através da prestação de cuidados especializados baseados na melhor evidência científica disponível, que a comunicação entre o enfermeiro e a criança/jovem e família foi efetiva e que os registos foram uniformes. Através das sessões de formação realizadas, aferiu-se que a equipa de enfermagem aprovou a aplicação da escala na unidade e considerou-a útil para a melhoria da qualidade dos cuidados, havendo um elevado grau de satisfação com a escala. Esta foi

aplicada a quatro cuidadores de referência, pelo que o indicador foi alcançado. Relativamente ao incremento de competências parentais, a sua mensuração não foi possível uma vez que o cartaz apenas foi aprovado e afixado uma semana após o término do estágio.

Quanto ao internamento, foram prestados cuidados de qualidade, devidamente fundamentados em evidência científica, houve uma comunicação efetiva entre o enfermeiro e a criança/jovem e família, os pais/cuidadores foram envolvidos no processo de prevenção e controlo de infeção, o uso dos EPI's para cada tipo de isolamento foi efetivo e o brincar terapêutico foi associado aos cuidados, indicadores avaliados através de entrevista não estruturada à enfermeira orientadora. O aumento de um maior conhecimento sobre a doença foi mensurado através de entrevista não estruturada a um cuidador de uma criança com tuberculose através do método *teach back*. Relativamente à formação, os indicadores foram atingidos com sucesso, uma vez que houve uma boa adesão da equipa de enfermagem e a sessão foi bem-sucedida. O seguimento da criança/jovem e família foi alcançado através da criação do programa *de follow up*. Por outro lado, a satisfação dos cuidadores com o processo de alta, o incremento da qualidade dos cuidados e uma melhoria do processo de transição para o domicílio foram de difícil avaliação, uma vez que o período de estágio foi muito curto.

Neste processo de avaliação, é ainda determinante que a equipa de enfermagem reconheça quais os resultados indicativos de uma transição saudável, onde se incluem a sensação de bem-estar pessoal, a aquisição de novas competências e a harmonia nas interações interpessoais (Schumacher & Meleis, 2010). Em cada foco de intervenção, percecionou-se um bem-estar das famílias cuidadas, bem como uma aquisição de novos conhecimentos com enfoque na capacitação e *empowerment* parental.

Considero como lacuna o facto de nem em tudo o que foi desenvolvido ter sido avaliado, dado o curto período temporal adjacente a cada estágio, mas se tivesse mais uma ou duas semanas de estágio a aferição dos resultados seria possível. Contudo, acredito ter ultrapassado este desafio e alcançado os objetivos que estabeleci, maioritariamente através da sensibilização das equipas para a temática da HDP e a realização de intervenções no âmbito da capacitação e *empowerment*. Todas as crianças têm direito a vivenciar os processos de saúde-doença no ambiente que lhes seja mais favorável e que lhes permita atingir o seu máximo potencial possível. Sendo o EESIP um profissional de excelência na facilitação dos processos de transição, as competências do EESIP, comuns e específicas, foram atingidas com sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório expõe o percurso nos distintos estágios realizados para obtenção do grau de Mestre com especialização em saúde infantil e pediátrica, os quais proporcionaram oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional com base num processo de reflexão das práticas desenvolvidas, através da procura contínua de soluções que permitiram melhorar os cuidados prestados à criança e família e a resposta da equipa de enfermagem, operacionalizando as competências comuns e específicas do EESIP. A partilha de saberes com peritos na área da saúde infantil e pediátrica foi determinante para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Em todo o percurso de estágio, existiram experiências fora do âmbito dos projetos desenvolvidos, que contribuíram indubitavelmente para o meu desenvolvimento enquanto futura EESIP. Posso afirmar que todo o período de estágio foi um desafio. Contudo, o contexto da UCIPed foi aquele que me trouxe um maior número de desafios, dada a sua notável diferença relativamente ao ambiente com o qual estou habituada a desempenhar funções. Apesar das dificuldades, o empenho e a dedicação foram imensos, visando a prestação de cuidados especializados.

A metodologia de trabalho projeto permitiu realizar, em cada contexto, um diagnóstico de situação, oportuno e participativo, planear e executar intervenções bem como avaliá-las. O desenvolvimento deste relatório foi baseado num investimento significativo tanto a nível pessoal como profissional, dedicando-me sistematicamente à procura de oportunidades para adquirir e/ou desenvolver competências de EESIP, incluindo aquisição de competências teóricas, técnicas e práticas com evolução do pensamento crítico e a capacidade de adaptação a desafios diários no âmbito do cuidar em pediatria.

Acredito ter produzido um discurso fundamentado em evidência científica que justifique a realização de intervenções de EESIP em cada contexto de estágio. Este discurso foi fundamentado na perspetiva teórica de Afaf Meleis e na visão da HDP permitindo facilitar o processo de transição saúde-doença na criança/jovem e família.

As práticas humanizadoras através da HDP são amplamente reconhecidas, contudo a sua aplicação em Portugal ainda é escassa. Ainda assim, por ser uma prática inovadora, impulsiona a prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade. A temática da HDP demonstrou ser relevante, realçou a importância da sua aplicação para um futuro mais humanizado. Considero que será uma prática rapidamente expandida em Portugal, com ganhos em saúde para as famílias de quem o enfermeiro cuida. Crê-se que este relatório de estágio pode ajudar a formar equipas de HDP e a praticar intervenções que otimizem este processo de transição. A publicação da revisão, em forma de artigo numa revista científica, constitui-se como uma forma de disseminar o conhecimento, estimulando futuras iniciativas de pesquisa e paradigmas de atuação.

A utilização de infográficos foi primordial por permitir organizar o pensamento crítico e especializado de forma esquematizada, interligando certo tipo de relações. Destaco a minha contribuição em todos os estágios no âmbito da promoção de cuidados centrados na família, mais humanizados e da capacitação parental com vista a que as famílias transitem mais rapidamente para o domicílio. Através da literacia em saúde espera-se que a população alvo dos cuidados do EESIP, a criança/jovem e família, sejam mais capacitados e decisores na tomada de decisão, através do desenvolvimento do pensamento crítico, contribuindo para uma transição segura para o domicílio. Considera-se que as atividades desenvolvidas podem ser aplicadas noutros contextos, nomeadamente no meu atual contexto profissional, dando evidência da intervenção do EESIP nos processos de transição. Além do mais, foi considerado o impacto ambiental e os custos dos materiais com uma abordagem sustentável, garantindo que todo o conteúdo possa ser reproduzido em formato monocromático.

Entre os desafios mais prementes, destaco a dificuldade em conciliar os domínios da vida pessoal, profissional e académica. Ainda assim, os elementos positivos preponderantes englobam, indubitavelmente, a prestação de cuidados em cada local de estágio, com experiências de aprendizagem únicas, as enfermeiras orientadoras, que foram uma referência, a professora orientadora e todos aqueles que depositaram confiança neste meu trajeto. Como limitação realço o reduzido número de páginas para elaboração do presente relatório, não permitindo uma demonstração fiel do percurso desenvolvido.

Este perfil de competências do EESIP permitiu-me integrar e interligar totalmente três dimensões essenciais do cuidar: o saber, o fazer e o ser. Finalizo relembrando que, este é apenas mais um passo no meu percurso profissional uma vez que pretendo continuar a desenvolver novas competências de EESIP, atuando com competência na tomada de decisão e a dar resposta às necessidades da criança/jovem e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasen, L., Johannessen, A., Ruud Knutsen, I., & Werner, A. (2022). Negotiating safety and responsibility in caregiving to children receiving hospital-at-home: A Norwegian study of parents and homecare nurses' experiences. Health & Social Care in the Community, 30(6), e5326–e5335. https://doi.org/10.1111/hsc.13951

Aasen, L., Ponton, I. G., & Johannessen, A. M. (2019). Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33(1), 102–110. https://doi.org/10.1111/scs.12606

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia*. RT 11/2017.

Almeida, A. C. B., Machado, F. C., & Batista, V. M. D. (2016). Os pais parceiros nos cuidados: Da utopia à realidade. Em *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (pp. 331–353). Copyright.

Almeida, C. V. (2023). Linguagem Clara na Literacia em Saúde. Em C. V. Almeida & I. Fragoeiro, *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas* (pp. 211–218). PACTOR.

Almeida, V. S., & Donizete, K. S. (2021). Os jogos e as brincadeiras no processo de ensino e aprendizagem na educação infantil: A preceituação nos documentos educacionais e a disposição teórica. *Cadernos da Fucamp*, *20*(46), 112–131.

Alvaro-LeFevre, R. (2022). *Pensamento Crítico, Raciocínio Clínico e Julgamento Clínico para Enfermagem* (7ª). Elsevier.

Alves, L. L., Silva, L. F. D., Cursino, E. G., Góes, F. G. B., Silva E Sousa, A. D. R., & Moraes, J. R. M. M. D. (2019). Preparation of the discharge of relatives of children using antibiotics: Contributions of nursing. *Escola Anna Nery*, *23*(4), e20190108. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0108

Amélia, F., & Veiga, C. (2023). Colaboração e trabalho em equipa. Em M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Ambientes de Prática de Ennfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 126–133). Lidel.

Atkins, D. L., Berger, S., Duff, J. P., Gonzales, J. C., Hunt, E. A., Joyner, B. L., Meaney, P. A., Niles, D. E., Samson, R. A., & Schexnayder, S. M. (2015). *Part 11: Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality*. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000265

Balbino, F. S., Yamanaka, C. I., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2015).

Parent's support group as a transforming experience for families at a neonatal unit. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, *19*(2), 297–302. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150040

Barondess, J. A. (1999). Remembering Martin Cherkasky. *Journal of Urban Health*, *76*(2), 159–163. https://doi.org/10.1007/BF02344672

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Batlle, A., Aldemira, A., Agúndez, B., Cabrera, I., Esquerdo, E., López, S., Achotegui, A., Villalón, C., & De Sevilla, M. F. (2023). Home hospitalization of the acute patient: A new approach to care. *Anales de Pediatría (English Edition)*, *99*(5), 329–334. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2023.08.015

Belim, C., & Nunes, J. M. (2023). A Literacia em Saúde e a Comunicação em Saúde. Em C. V. Almeida & I. Fragoeiro, *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas* (pp. 219–228). PACTOR.

Berman, L., Raval, M. V., Ottosen, M., Mackow, A. K., Cho, M., & Goldin, A. B. (2019). Parent Perspectives on Readiness for Discharge Home after Neonatal Intensive Care Unit Admission. *The Journal Of Pediatrics*, *205*, 98–104. https://doi.org10.1016/j.jpeds.2018.08.086

Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K. (2019). Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *40*(spe), e20180337. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337

Cabrera López, I. M., Agúndez Reigosa, B., Adrados García, S., Villalobos Pinto, E., Cano Fernández, J., & Jiménez García, R. (2022). Home–hospital care for children with acute illnesses: A 2-year follow-up study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *58*(6), 969–977. https://doi.org/10.1111/jpc.15870

Carreira, H., & Nogueira, R. (2023). Literacia em Saúde e a Competência dos Poderes Autárquicos. Em C. V. Almeida & I. Fragoeiro, *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas* (pp. 101–112). PACTOR.

Carta de Ottawa, (1986). https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf

Carvalhais, M. D., Moreira, D. C. D., Oliveira, I. F. S., Leonardo, T. F. M., & Oliveira, A. R. M. (2022). Satisfação dos pais relativamente aos cuidados de enfermagem em cuidados intensivos neonatais. *Salud UIS*, *54*(1). https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22052

Castor, C., Landgren, K., Hansson, H., & Kristensson Hallström, I. (2018). A

possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), 224–231. https://doi.org/10.1111/hsc.12512

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. (2023). *Relatório de Gestão e Contas do Exercício de 2022*.

Ceylan, S. S., & Bolışık, B. (2018). Effects of Swaddled and Sponge Bathing Methods on Signs of Stress and Pain in Premature Newborns: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *15*(4), 296–303. https://doi.org/10.1111/wvn.12299

Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica—Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua* (Universidade Católica Editora, Unipessoal).

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Em P. L. Chin, *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Aspen Publication.

Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Nursing Concern. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24–38). Springer Publishing Company.

Ciupitu-Plath, C., Tietz, F., & Herzberg, J. (2021). Parent needs assessment instruments in neonatal intensive care units: Implications for parent education interventions. *Patient Education and Counseling*, *104*(11), 2661–2669. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.022

Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, *35*(S1), S5–S8. https://doi.org/10.1038/jp.2015.142

Cunha, V., Escarigo, M. C., Correia, J., Nortadas, R., Correia Azevedo, P., Beirão, P., Gomes, A., & Delerue, F. (2022). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. *Medicina Interna*, 290-295 Páginas. https://doi.org/10.24950/RSPMI/O112/17/2017

Dahav, P., & Sjöström-Strand, A. (2017). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: A qualitative study–like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(1), 363–370. https://doi.org/10.1111/scs.12470

Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde—Coletânea de legislação anotada* (2ª). Almedina.

Deodato, S. (2020). O Direito Aplicado no Cuidado à Criança, Jovem e Família. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 58–64). Lidel.

Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. Em Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática (pp. 97–106). Lidel.

Despacho n.º 9323-A/2018, Diário da República, 2.ª série—N.º 191—3 de outubro de 2018 26900 (2018).

Despacho n.º 9390/2021, Diário da República, 2.ª série—N.º 187—24 de setembro de 2021.

Despacho n.º 3204/2023, Pub. L. No. N.º 50, Parte C 2.ª série 59 (2023).

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017 de 8 fevereiro—Comunicação eficaz na transição de cuidados*. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx

Domhardt, M., Schröder, A., Geirhos, A., Steubl, L., & Baumeister, H. (2021). Efficacy of digital health interventions in youth with chronic medical conditions: A meta-analysis. *Internet Interventions*, *24*, 100373. https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100373

El-Metwally, D. E., & Medina, A. E. (2020). The potential effects of NICU environment and multisensory stimulation in prematurity. *Pediatric Research*, *88*(2), 161–162. https://doi.org/10.1038/s41390-019-0738-4

Entidade Reguladora da Saúde (Ed.). (2022). *Prestação de serviços de telemedicina nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*.

Eom, D., & Lee, H. (2018). A Holistic Approach to Exploring the Divided Standards Landscape in E-Health Research. *IEEE Communications Standards Magazine*, *2*(4), 20–25. https://doi.org/10.1109/MCOMSTD.2018.1800007

Eriksson, E. K., Sandelius, S., & Wahlberg, A. C. (2015). Telephone advice nursing: Parents' experiences of monitoring calls in children with gastroenteritis. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(2), 333–339. https://doi.org/10.1111/scs.12167

Espanha, R., & Mendes, R. V. (2023). Digitalização e Literacia em Saúde. Em C. V. Almeida & I. Fragoeiro, *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas* (pp. 167–176). PACTOR.

European Association for Children in Hospital. (2022). *Promoting Children's Rights and Needs in Healthcare*. www.each-for-sick-children.org

Fernández, D., & Antolín-Rodríguez, R. (2018). Bathing a Premature Infant in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, e52–e57. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.05.002

Flon, M. de, Glaffey, G., Jarl, L., Sellbrant, K., & Nilsson, S. (2021). The Childhood Cancer Centre Is Coming Home: Experiences of Hospital-Based Home Care. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(12), 6241. https://doi.org/10.3390/ijerph18126241

Glenzel, L., Do Nascimento Oliveira, P., Marchi, B. S., Ceccon, R. F., & Moran, C. A. (2023). Validity and Reliability of Pain and Behavioral Scales for Preterm Infants: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, *24*(5), e84–e96. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.06.010

Green, J., Fowler, C., Petty, J., & Whiting, L. (2021). The transition home of extremely premature babies: An integrative review. *Journal of Neonatal Nursing*, *27*(1), 26–32. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.09.011

Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(12), 2621–2629. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05132.x

Haddad, M. do C. F. L., & Rossaneis, M. A. (2011). *Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem*. Artmed.

Hägi-Pedersen, M.-B., Kronborg, H., & Norlyk, A. (2021). Knowledge of mothers and fathers' experiences of the early in-home care of premature infants supported by video consultations with a neonatal nurse. BMC Nursing, 20(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00572-9

Hagstrom, S. (2017). Family Stress in Pediatric Critical Care. *Journal of Pediatric Nursing*, *32*, 32–40. http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.007

Hansson, H., Kjaergaard, H., Schmiegelow, K., & Hallström, I. (2012). Hospital-based home care for children with cancer: A qualitative exploration of family members' experiences in Denmark: Hospital-based home care for children with cancer. *European Journal of Cancer Care*, *21*(1), 59–66. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01280.x

Heidarpour, K., Akhavan Akbari, P., Hosseini, Z., Moshfeghi, S., & Heidarzadeh, M. (2022). Investigating the psychometric properties of the Persian version of Neonatal Pain, agitation, and sedation scale. *Pediatrics & Neonatology*, *63*(5), 496–502. https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2022.03.015

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions and classification, 2020-2023* (Twelfth edition). Thieme.

Holm, K. G., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A. C., & Clemensen, J. (2019).

Parent perspectives of neonatal tele-homecare: A qualitative study. Journal of Telemedicine and Telecare, 25(4), 221–229. https://doi.org/10.1177/1357633X18765059

Huang, Y., Zhou, L., Abdillah, H., Hu, B., & Jiang, Y. (2022). Effects of swaddled and traditional tub bathing on stress and physiological parameters of preterm infants: A randomized clinical trial in China. *Journal of Pediatric Nursing*, *64*, e154–e158. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.028

Hummel, P., Puchalski, M., Creech, S. D., & Weiss, M. G. (2008). Clinical reliability and validity of the N-PASS: Neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. *Journal of Perinatology*, *28*(1), 55–60. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211861

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practise of patient- and family-centered care in hospitals, how to get started*. https://ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Instituto de Apoio à Criança (Ed.). (2016). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*.

Jerntorp, S. H., Sivberg, B., & Lundqvist, P. (2021). Fathers' lived experiences of caring for their preterm infant at the neonatal unit and in neonatal home care after the introduction of a parental support programme: A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(4), 1143–1151. https://doi.org/10.1111/scs.12930

Joint Quality Initiative informal group. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. 1–5.

Jones, H. E., Seashore, C., Johnson, E., Horton, E., O'Grady, K. E., Andringa, K., Grossman, M. R., Whalen, B., & Holmes, A. V. (2016). Psychometric assessment of the Neonatal Abstinence Scoring System and the MOTHER NAS Scale: NAS Psychometrics. *The American Journal on Addictions*, *25*(5), 370–373. https://doi.org/10.1111/ajad.12388

Kassam-Adams, N., & Butler, L. (2017). What Do Clinicians Caring for Children Need to Know about Pediatric Medical Traumatic Stress and the Ethics of Trauma-Informed Approaches? *AMA Journal of Ethics*, *19*(8), 793–801. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.8.pfor1-1708

Klein, V., Zores-Koenig, C., Dillenseger, L., Langlet, C., Escande, B., Astruc, D., Le Ray, I., Kuhn, P., & Strasbourg NIDCAP Study group. (2021). Changes of Infant- and Family-Centered Care Practices Administered to Extremely Preterm Infants During Implementation of the NIDCAP Program. *Frontiers in Pediatrics*, *9*, 718813. https://doi.org/10.3389/fped.2021.718813

Lagatta, J., Malnory, M., Fischer, E., Davis, M., Radke-Connell, P., Weber, C., &

Cohen, S. (2022). Implementation of a pilot electronic parent support tool in and after neonatal intensive care unit discharge. *Journal of Perinatology*, *42*(8), 1110–1117. https://doi.org/10.1038/s41372-021-01303-3

Lee, S. P., Haycock-Stuart, E., & Tisdall, K. (2019). Participation in communication and decisions with regards to nursing care: The role of children. *Enfermería Clínica*, *29*, 715–719. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.109

Leite, R. C., Ribeiro, C. A., Cunha, M. L. D. R., Maia, E. B. S., Ben, L. W. D., & Almeida, F. D. A. (2022). Busca de qualidade e segurança no cuidado ao filho: Interações familiares com profissionais de Home Care. Escola Anna Nery, 26, e20210236. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0236

Li, C., Huang, S., Su, X., Zhang, T., & Jiang, K. (2019). Monitoring of home recovery using the 317-nursing mobile application following day-case surgery in children: Perspectives from both nurses and patients. *Medicine*, *98*(31). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000016639

Loureiro, F., Figueiredo, M. H., & Charepe, Z. (2019). Nursing care satisfaction from school-aged children's perspective: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, *25*(6), e12764. https://doi.org/10.1111/ijn.12764

Loureiro, I., & Miranda, N. (2018). *Promover a Saúde: Dos fundamentos à ação* (3ª edição revista e atualizada). EDIÇÕES ALMEDINA.

Macêdo, P. H., Lima, M. M., & Santos, W. (2017). Jogo Digital como Auxílio no Estudo da Matemática: Um Estudo de Caso com Estudantes do Ensino Fundamental I. *Anais do XXIII Workshop de Informática na Escola (WIE 2017)*, 548–557. https://doi.org/10.5753/cbie.wie.2017.548

Maciel, H. F. V. (2007). *Análise Descritiva De Um Programa De Assistência Ao Paciente Pediátrico «Internado» No Domicílio* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Martins, T., & Borges, E. (2023). *Saúde Escolar: Intervenções de Promoção de Saúde* (1ª). Lidel.

Mateus, F. J. D. (2016). Acolhimento: Passado, presente e futuro. Em *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (pp. 145–160). Copyright.

Meleis, A. I. (2010). Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 13–24). Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (6ª). Wolters

Kluwer Health.

Meleis, A. I. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, *21*(1). https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory: *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*, *42*(6), 255–259. https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0

Mendes, C. C., Unger, R. J. G., Araújo-Jorge, T. C. D., & Carvalho, A. C. C. (2023). Tuberculosis in adolescence: An integrative review focusing on patient-centered care. *Revista Paulista de Pediatria*, *42*, e2023027. https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2023027

Mendes, W. (2001). *Home care: Uma modalidade de assistência à saúde*. UnATI, UERJ.

Mendes, W. D. P., Gomes, T. B., Nunes, J. S., Rodrigues, T. F., Gomes, G. V., Ferreira, S. D. S., Barros, P. S., Abreu, V. P. L., Lima, T. O. S., & Abrão, R. K. (2022). Competências gerenciais do enfermeiro no âmbito hospitalar: Uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, *11*(4), e13811426742. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26742

Messias, D. K. H. (1997). *Narratives of transnational migration, work, and health: The lived experiences of Brazilian women in the United States* [Doctoral dissertation]. University of California, San Francisco.

Ministério da Saúde. (2017). *SNS + proximidade. Mudança centrada nas pessoas*. Ministério da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNsProximidade-1.pdf

Moleiro, A., Martins, A. G., Carvalho, M. C. A., Fernandes, M. J. L., & Levy, M. de L. (1991). *Humanizar o Atendimento à Criança* (Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria).

Moraes, E. S., Silva, C. C. D., Melo, L. D. L., & Mendes-Castillo, A. M. C. (2022). Support group for families with children in a pediatric intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *75*(2), e20210097. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0097

Mougel, S. (2021). Paroles d'enfants, paroles sur l'enfant atteint de cancer en hospitalisation pédiatrique à domicile. Revue internationale francophone d'anthropologie de

la santé, 23.

Munn, Z., Porritt, K., Lockwood, C., Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: The ConQual approach. *BMC Medical Research Methodology*, *14*(1), 108. https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-108

Newnham, C. A., Inder, T. E., & Milgrom, J. (2009). Measuring preterm cumulative stressors within the NICU: The neonatal infant stressor scale. *Early Human Development*, *85*(9), 549–555. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2009.05.002

Nist, M. D., Harrison, T. M., Pickler, R. H., & Shoben, A. B. (2020). Measures of Stress Exposure for Hospitalized Preterm Infants. *Nursing Research*, *69*(5S), S3–S10. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000444

Nunes, J. R., Pinto, E. J. M., Cavadas, B., Rodrigues, L., & Moreira, C. (2023). Organização e orientação da prática de enfermagem. Em M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Ambientes de Prática de Ennfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 101–111). Lidel.

O'Brien, K., Bracht, M., Robson, K., Ye, X. Y., Mirea, L., Cruz, M., Ng, E., Monterrosa, L., Soraisham, A., Alvaro, R., Narvey, M., Da Silva, O., Lui, K., Tarnow-Mordi, W., & Lee, S. K. (2015). Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: A cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatrics*, *15*(1), 210. https://doi.org/10.1186/s12887-015-0527-0

Oji-Mmuo, C. N., Schaefer, E. W., Liao, L., Kaiser, J. R., & Sekhar, D. L. (2019). The Possibility of Early Discharge for Newborns Being Monitored for Neonatal Abstinence Syndrome Based on Modified Finnegan Score Distributions. *Clinical Pediatrics*, *58*(6), 641–646. https://doi.org/10.1177/0009922819832022

Olsson, E., Ahl, H., Bengtsson, K., Vejayaram, D. N., Norman, E., Bruschettini, M., & Eriksson, M. (2021). The use and reporting of neonatal pain scales: A systematic review of randomized trials. *Pain*, *162*(2), 353–360. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002046

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Cadernos OE, Vol. 3).

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. 3). Cadernos OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Aprovado por unanimidade, sem alterações,

na assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017, em Leiria.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades de Saúde Especiais em Contexto Escolar*.

Organização Mundial da Saúde. (1965). *Profilaxia das Doenças Transmissíveis* (10ª).

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.

Paiva, I., Sousa, F., & Lucas, M. (2022). *Contributo da gestão para a visibilidade dos cuidados de enfermagem* (Por M. Frederico & F. Sousa; pp. 63–73). Lidel.

Pavlyshyn, H., & Sarapuk, I. (2023). Skin-to-skin contact—An effective intervention on pain and stress reduction in preterm infants. *Frontiers in Pediatrics*, *11*, 1148946. https://doi.org/10.3389/fped.2023.1148946

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7ª). Pearson.

Pereira, S., Fassarella, C., Resende, H., Leite, P., & Ribeiro, O. (2023). Os ambientes de prática de enfermagem e a segurança do doente. Em M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Ambientes de Prática de Ennfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 13–24). Lidel.

Perry, M., Tan, Z., Chen, J., Weidig, T., Xu, W., & Cong, X. S. (2018). Neonatal Pain: Perceptions and Current Practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *30*(4), 549–561. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.013

Petersson, M. Å., Benzein, E., Massoudi, P., Wåhlin, I., & Persson, C. (2023). Parents' experiences of the significance of interpersonal interactions for becoming parents and a family during neonatal intensive care. *Journal of Pediatric Nursing*, *69*, e1–e6. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.021

Pfettscher, S. A. (2018). Modern Nursing. Em M. R. Alligood, *Nursing Theorists and their Work* (9ª, pp. 50–65). Elsevier.

Pinheiro, C., Pires, C., Romeiro, J., Ramos, S., & Charepe, Z. (2024). The experience of children and family in pediatric home hospitalization: A systematic review of qualitative evidence. *Submetido ao Journal of Pediatric Nursing*.

Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª). Lidel.

Pourkaviani, S., Zhang, X., Spear, E. A., D'Agostino, M., Satty, R. E., Liu, S. H., & Stroustrup, A. (2020). Clinical validation of the Neonatal Infant Stressor Scale with preterm

infant salivary cortisol. *Pediatric Research*, *87*(7), 1237–1243. https://doi.org/10.1038/s41390-019-0713-0

Quraishy, K., Bowles, S. M., & Moore, J. (2013). A Protocol for Swaddled Bathing in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *13*(1), 48–50. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.006

Raffaeli, G., Cristofori, G., Befani, B., De Carli, A., Cavallaro, G., Fumagalli, M., Plevani, L., & Mosca, F. (2017). EDIN Scale Implemented by Gestational Age for Pain Assessment in Preterms: A Prospective Study. *BioMed Research International*, *2017*, 1–8. https://doi.org/10.1155/2017/9253710

Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido pré-termo. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 119–134). Lidel.

Reigosa, B. A., Cabrera López, I. M., Sánchez Marcos, E., Galán-Olleros, M., Sánchez Olivier, M., Calleja Gero, L., & Jiménez García, R. (2024). Hospital at Home Program for the Treatment of Pediatric Osteoarticular Infections. Hospital Pediatrics, 14(2), 75–83. https://doi.org/10.1542/hpeds.2023-007265

Regulamento n.º 140/2019—Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, N.º 26 2.ª série § Diário da República (2019). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Regulamento n.º 422/2018—Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Nº 133 2ª série 19192 (2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf

Rice, R. (2001). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários—Conceitos e Aplicação* (3ª). Lusociência.

Risanger, L. I., Kofoed, P.-E., Noergaard, B., & Vahlkvist, S. (2023). Parents' Perception of Staff Support in a Father-Friendly Neonatal Intensive Care Unit. *Children*, *10*(4), 673. https://doi.org/10.3390/children10040673

Rocha, G., & Guimarães, H. (2021). *Ventilação no recém-nascido*. Lidel.

Rodrigues, K. S., Sousa, A. C. D., Cardoso, A. N., Gomes, M. L. F., Amaral, V. F. D., Pinto, F. J. M., & Linard, C. F. B. M. (2021). Reconhecendo os principais sinais e sintomas da cetoacidose diabética: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, *10*(12), e75101220149. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20149

Rossaneis, M. A., Gabriel, C. S., Haddad, M. D. C. L., Melo, M. R. A. D. C., & Bernardes, A. (2015). Indicadores de Qualidade da Assistência: Opinião de Enfermeiros Gerentes de Hospitais de Ensino. *Cogitare Enfermagem*, *20*(4).

https://doi.org/10.5380/ce.v20i4.41734

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010, março). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, *15*(Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal), 1–31.

Santo, Z. E. (2022). Planeamento em Saúde. Em M. Frederico & F. Sousa, *Gerir com Qualidade em Saúde* (pp. 39–53). Lidel.

Santos, H. M. D., Silva, L. J. D., Góes, F. G. B., Santos, A. C. N. D., Araújo, B. B. M. D., & Santos, I. M. M. D. (2020). Banho enrolado em bebês prematuros em unidade neonatal: A prática na perspectiva de enfermeiros. *Rev Rene*, *21*, e42454. https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142454

Santos, P. M. D., Silva, L. F. D., Depianti, J. R. B., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016). Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(4), 646–653. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i

Sarik, D. A., Matsuda, Y., Terrell, E. A., Sotolongo, E., Hernandez, M., Tena, F., & Lee, J. (2022). A telehealth nursing intervention to improve the transition from the neonatal intensive care unit to home for infants & caregivers: Preliminary evaluation. *Journal of Pediatric Nursing*, *67*, 139–147. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.09.003

Saucedo, P., Goicochea, L., Martínez, M., Rodríguez, M. J., & Pirez, C. (2022). Tuberculosis pulmonar y laríngea: Una forma poco frecuente de presentación en la edad pediátrica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *93*(1). https://doi.org/10.31134/AP.93.1.3

Schumacher, K. l., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38–51). Springer Publishing Company.

Segers, E., Ockhuijsen, H., Baarendse, P., Van Eerden, I., & Van Den Hoogen, A. (2019). The impact of family centred care interventions in a neonatal or paediatric intensive care unit on parents' satisfaction and length of stay: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, *50*, 63–70. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.008

Silva, F. V. D. R., Gomes, T. D. O., Marta, C. B., Araujo, M. C., & Braga, E. D. S. (2020). Preparation of parents of preterm newborn for hospital discharge: Proposal for a protocol. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 386–392. https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8264

Silva, J. I. P., Kudo, A. M., Jacob, L. R., & Galheigo, S. M. (2019). Isolamento

hospitalar pediátrico: O olhar da criança/Isolation of the pediatric hospital: the child's look. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, *3*(4), 508–525. https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto25356

Smith, A. J., Yoon, J. J., Cofer, S. A., & Orvidas, L. J. (2022). Telehealth as an effective method of follow-up for pediatric post tonsillectomy patients. *American Journal of Otolaryngology*, *43*(6), 103639. https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2022.103639

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 − Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 03/2023*. Observatório da Diabetes.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018a). *A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro.pdf*. https://www.spneonatologia.pt/documents/consensos/

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018b). *Consenso Clínico—Transporte Neonatal*. https://www.spneonatologia.pt/documents/consensos/

Sørensen, K. (2023). Health Literacy in the Sweet Spot of Professional Development. Em C. V. Almeida & I. Fragoeiro, *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas*. PACTOR.

Sousa, M. G. R. C. (2016). Satisfação dos pais em relação aos cuidados de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos—Aplicação da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, *4*(1/2), 14–19.

Sousa, P. (2022). Sistemas de informação em saúde: Potencial associado à transformação digital. Em M. Frederico & F. Sousa, *Gerir com Qualidade em Saúde* (pp. 99–105). Lidel.

Sousa, P. M. da S. J., & Meneses, T. C. V. (2016). A formação enquanto estratégia para o desenvolvimento de competências. Em *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (pp. 283–297). Copyright.

Strand, A. S., Johnsson, B., Hena, M., Magnusson, B., & Hallström, I. K. (2022). Developing eHealth in neonatal care to enhance parents' self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *36*(4), 969–977. https://doi.org/10.1111/scs.12994

Teixeira, M., & Cardoso, F. (2023). Ambiente físico e condições para o funcionamento do serviço. Em M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 61–73). Lidel.

Trindade, L. de L., Vendruscolo, C., Menegaz, J. do C., & Ribeiro, O. (2023). Da formação profissional à qualificação dos ambientes de prática de enfermagem. Em M. Néné

& C. Sequeira (Eds.), *Ambientes de Prática de Ennfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 200–203). Lidel.

Turan, T., Başkale, H., & Öncel, G. (2016). Determining the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Nurse-Parent Support Tool and the Stress Levels of Parents of Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clinical Nurse Specialist*, *30*(3), E1–E10. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000204

Tutelman, P. R., Lipak, K. G., Adewumi, A., Fults, M. Z., Humphrey, L. M., & Gerhardt, C. A. (2021). Concerns of Parents With Children Receiving Home-Based Pediatric Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *61*(4), 705–712. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.007

Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Mestrado em Enfermagem—Regulamento Geral—2012—Alterado em 2017*.

Universidade Católica Portuguesa. (2023). *GUIA DA UNIDADE CURRICULAR "ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO"*.

Valadão, S. M. A. (2012). *Contributo para a Adaptação Intercultural da Escala "Nurse Parent Support Tool" para a Realidade Portuguesa* [DISSERTAÇÃO]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Vilelas, J. M. da S., Marques, J. M., Jacinto, B. B., Correia, A. I. H. P., Apóstolo, J. M. A., & Pestana, V. L. F. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: O Sono na Criança e no Adolescente* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).

Waddington, C., Van Veenendaal, N. R., O'Brien, K., Patel, N., & for the International Steering Committee for Family Integrated Care. (2021). Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Investigation*, *5*(2), 148–154. https://doi.org/10.1002/ped4.12277

World Health Organization. (2022). *WHO Recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant*. World Health Organization.

Wreesmann, W. W., Lorié, E. S., Van Veenendaal, N. R., Van Kempen, A. A. M. W., Ket, J. C. F., & Labrie, N. H. M. (2021). The functions of adequate communication in the neonatal care unit: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Patient Education and Counseling*, *104*(7), 1505–1517. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.029

Yen, P. H., & Leasure, A. R. (2019). Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Federal Practitioner*, 284–289.

Young, N. L., Barden, W., McKeever, P., Dick, P. T., & The Tele-HomeCare Team6. (2006). Taking the call-bell home: A qualitative evaluation of Tele-HomeCare for children.

Health and Social Care in the Community, *14*(3), 231–241. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00615.x

Zakayo, S. M., Njeru, R. W., Sanga, G., Kimani, M. N., Charo, A., Muraya, K., Sarma, H., Uddin, Md. F., Berkley, J. A., Walson, J. L., Kelley, M., Marsh, V., & Molyneux, S. (2020). Vulnerability and agency across treatment-seeking journeys for acutely ill children: How family members navigate complex healthcare before, during and after hospitalisation in a rural Kenyan setting. *International Journal for Equity in Health*, *19*(1), 136. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01252-x

Zhou, H., Roberts, P. A., & Della, P. R. (2021). Nurse-Caregiver Communication of Hospital-To-Home Transition Information at a Tertiary Pediatric Hospital in Western Australia: A Multi-Stage Qualitative Descriptive Study. *Journal of Pediatric Nursing*, *60*, 83–91. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.017

ANEXOS

ANEXO I – Regulamento das Competências Comuns do EE

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

Artigo 9.º

Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

Artigo 10.º

Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de "Apto" e "Não apto", sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de "não apto", poderão repetir a prova seis meses depois.

Artigo 11.º

Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

Artigo 13.º

Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfasamento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: *a*) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; *b*) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; *c*) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; *d*) Enfermagem de Reabilitação; *e*) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e *f*) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea *i*) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea *i*) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas *h*) e *o*) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea *h*) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) "Competências comuns": são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) "Competências específicas": são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) "Competência Acrescida": os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) "Certificação de competências": o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) "Reconhecimento": o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) "Domínio de competência": uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) "Descritivo de competência": a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) "Unidade de competência": é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) "Critérios de avaliação": compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
b) Melhoria contínua da qualidade (B);
c) Gestão dos cuidados (C);
d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV)

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Competência

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Coopera na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados

Competência

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve "negociar com" ou "referenciar para" outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, *Paulo Águas*.

Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea *o*) e *q*) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea *w*) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

Artigo 4.º

Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que o declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.

ANEXO II - Regulamento de Competências Específicas do EESIP

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 422/2018

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Preâmbulo

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e ao contrário do que se verificava até esta alteração, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros passou a identificar os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, conforme esse encontra estabelecidos no seu artigo 40.º, os quais correspondem aos seguintes: (i) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; (ii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; (iii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; (iv) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; (v) enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; (vi) enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al*, 2007).

São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas *c*), *d*) e *f*) do n.º 1 artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresentou ao Conselho Diretivo a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea *a*) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea *h*), do n.º 1 do artigo 27 e da alínea *h*), do n.º 1 do artigo 32, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 03 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas *i*) e *o*) do artigo 19 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o seguinte Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, tendo sido homologado por despacho de 08 de maio de 2018 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Fernando Araújo:

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

1 — As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são as seguintes:

a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 5.º

Norma revogatória

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 123/2011, aprovados pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado na 2.ª série do *Diário da República*, n.º 35, de 18 de fevereiro.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

9 de maio de 2018. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

ANEXO I

1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Descritivo:

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8. Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade
Descritivo:

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.	E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto.
E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.	E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.
E2.4. Providencia 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.	E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Descritivo:

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.
E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5. Promove a amamentação. E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.
E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura.	E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.	E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

311455411

UNIVERSIDADE ABERTA

Despacho (extrato) n.º 6788/2018

Durante a minha ausência da Universidade Aberta, no período de 22 de junho a 4 de julho de 2018, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 37.º dos Estatutos da Universidade Aberta, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65-B/2008, de 12 de dezembro, publicado no *Diário da República,* 2.ª série, n.º 246, de 22 de dezembro de 2008, e alterados pelo Despacho Normativo n.º 11/2015, e em conformidade com o disposto no artigo 42.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, delego todos os poderes que a lei originariamente me confere para o exercício das minhas funções, bem como as competências que me foram delegadas ou subdelegadas com a possibilidade de subdelegação, na vice-reitora para a Qualidade e Cooperação Internacional, Doutora Carla Maria Bispo Padrel de Oliveira.

25 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.

311454983

Regulamento (extrato) n.º 423/2018

Avisam-se os interessados, para efeitos do artigo 101.º, n.º 2, do CPA, que se encontram em consulta pública no sítio da Internet da Universidade Aberta, "UAb.pt/", os projetos do Regulamento do Repositório Aberto da Universidade Aberta e da Política de Preservação do Repositório Aberto da UAb.

26 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.

311456708

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Aviso n.º 9415/2018

Abertura de concurso externo de ingresso para ocupação de um posto de trabalho na categoria de Especialista de Informática, Grau 1, Nível 2 da carreira de Especialista de Informática, na modalidade de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, do mapa de pessoal da Universidade do Algarve.

1 — Nos termos do disposto na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho,

ANEXO III - Matriz conceptual da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000)

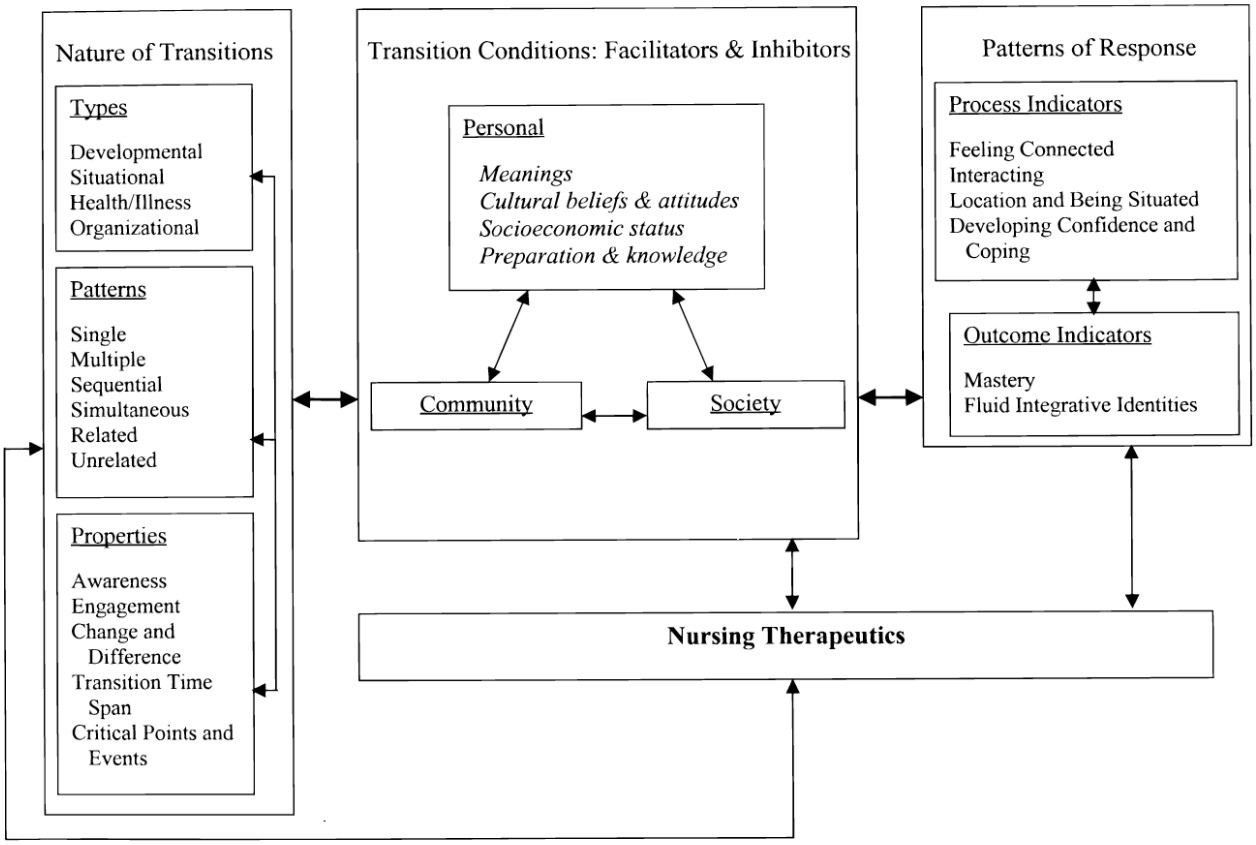


Fig 1. Transitions: a middle-range theory.

Fonte: *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory* de Meleis et al. (2000).

ANEXO IV - Publicação do protocolo de revisão

OSF REGISTRIES

Add New | My Registrations | Help | Donate

The experience of children and family in the context of pediatric home hospitalization: A systematic review of qualitative evidence

Public registration | Updates

- Overview
- Metadata
- Files
- Resources
- Wiki
- Components 0
- Links 0
- Analytics
- Comments 0

Open practice resources

- Data
- Analytic code
- Materials
- Papers
- Supplements

Study Information

Hypotheses

The aim is to understand the experience lived by the child and family in the context of Pediatric Home Hospitalization.

Design Plan

Study type

Meta-Analysis - A systematic review of published studies.

Blinding

Personnel who analyze the data collected from the study are not aware of the treatment applied to any given group.

Is there any additional blinding in this study?

No

Study design

Systematic review of qualitative studies.
Qualitative studies exploring the experience of children, parents and informal caregivers, who experienced a process of PHH, were contemplated.
Thus, qualitative studies were included, namely those that use ethnography, phenomenology, action research, discourse analysis, historical analysis, feminist research, case studies and grounded theory, as methodology. Theoretical and philosophical orientations were also included as studies with the hermeneutic perspective, constructivism, symbolic interactionism and critical theory. Mixed studies

Contributors

Catarina Pinheiro, Cláudia Isabel Peixoto Pires, Zaida Borges Charepe, Joana Romeiro, and Sílvia Ramos

Description

Home hospitalization is not a new concept, and although there is still little known, its practice has been expanding in recent years. This model of care refers to continuous care at home for children with acute illness or acute chronic disease presenting itself as an alternative to conventional hospitalization (Middel, 2007; Parab et al., 2013). Being the Pediatric Health

Show more

Registration type

OSF Preregistration

Date registered

January 9, 2024

Date created

January 9, 2024

Associated project

osf.io/w8z2p

ANEXO V - Poster “A Hospitalização Domiciliária Pediátrica – Contributo da Enfermagem na Humanização dos cuidados: um protocolo de revisão sistemática qualitativa”

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

necimentoEspecializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que **Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro,** apresentou o Póster n.º 44 com o tema "**A Hospitalização Domiciliária Pediátrica – Contributo da Enfermagem na Humanização dos cuidados: um protocolo de revisão sistemática qualitativa**", em coautoria com Cláudia Isabel Peixoto Pires; Joana Romeiro; Sílvia Ramos; Zaida Charepe no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP
Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA

Contributo da Enfermagem na Humanização dos Cuidados: um Protocolo de Revisão Sistemática Qualitativa

Autoria(s): Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro[1]; Cláudia Isabel Peixoto Pires[2]; Joana Romeiro[3,5]; Sílvia Ramos[3,5]; Zaida Charepe[4,5]
Afiliação do(s) autor(es):
1. Enfermeira na Urgência Pediátrica do Hospital Beatriz Ângelo, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Infantil e Pediátrica, Portugal
2. Enfermeira no Serviço de Pneumologia/Cirurgia pediátrica do Hospital de Santa Maria, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, Portugal
3. Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa PhD em Enfermagem, docente Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Portugal
4. Professora Associada da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa
5. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

A humanização dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação crescente. Segundo o Instituto de Apoio à Criança (2016), a hospitalização convencional deve ser utilizada como último recurso, pelo que se reconhece que os cuidados devem ser prestados preferencialmente em casa, no ambiente familiar da criança ou, quando tal não é possível, em contexto de consulta externa ou hospital de dia. A Hospitalização Domiciliária (HD) consigna a assistência contínua na fase aguda da doença e/ou doença crónica agudizada no domicílio, apresentando-se como uma alternativa segura ao internamento convencional.

OBJETIVO

Sintetizar o conhecimento produzido sobre os contributos da HDP, na área da humanização dos cuidados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Metodologia: *Joanna Briggs Institute* (JBI),
Bases de dados: CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, PubMed, *Cochrane Library*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e OpenAIRE
Idiomas: Português, Inglês, Francês, Espanhol
Friso Cronológico: sem friso cronológico

PALAVRAS-CHAVE

- Hospitalização domiciliária (home hospitalization);
- Pediatria (pediatric); cuidador (caregiver);
- Transição (transition);
- Humanização (humanization)

RESULTADOS

Foram encontrados 3211 artigos que, posteriormente, serão analisados por título, resumo e texto integral. Estes resultados serão reportados na íntegra e apresentados através do diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). Os dados extraídos serão representados sob a forma de tabela que será elaborada pelos autores. Os estudos que cumprirem os critérios de inclusão serão avaliados quanto à qualidade metodológica segundo a ferramenta da JBI. O nível de confiança dos resultados será avaliado de acordo com o ConQual.

CONCLUSÃO

A humanização dos cuidados de enfermagem é uma preocupação constante do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. No seguimento a necessidade de hospitalização, a criança e família, vivenciam um processo de maior fragilidade e de separação dos elementos, passando por um processo de transição. Deste modo, surge a necessidade da procura por cuidados de qualidade mais humanizados fora do ambiente hospitalar salvaguardando sempre a segurança da criança. A relação estabelecida entre os profissionais e a família é crucial para a sua integração no plano de cuidados e promoção da autonomia da mesma. Só através desse cuidado é exequível promover os cuidados de excelência mantendo a união familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO VI - Submissão para publicação de um artigo numa revista

Journal of Pediatric Nursing

The experience of children and family in pediatric home hospitalization: a systematic review of qualitative evidence

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Review Article
Keywords:	caregiver; experiences; hospital to home transition; child; transitional care
Corresponding Author:	Catarina Vilela Pinheiro Universidade Catolica Portuguesa Escola de Enfermagem PORTUGAL
First Author:	Catarina Pinheiro, Master student
Order of Authors:	Catarina Pinheiro, Master student
	Pires Cláudia, Master student
	Romeiro Joana, Posdoctoral Research Fellow
	Ramos Sílvia, PhD
	Charepe Zaida, PhD
Abstract:	Objective: To synthesize the experiences of children and parents/caregivers in the process of pediatric home hospitalization (PHH). Introduction: The practice of home hospitalization (HH), while not a new concept has expanded in recent years. This model of care consists of continuous care at home for children with acute illness or acute chronic disease and pr esents itself as an alternative to conventional hospitalization (Middel, 2007; Parab et al., 2013). Excellence in pediatric healthcare is fundamental and this review provides a necessary understanding towards the experiences of children and their families in HH. Methods: Research was carried out in three phases and included both published and grey literature in the CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, PubMed, Cochrane Library, Psychology and Behavioral Sciences Collection, and OpenAIRE databases to find relevant articles. Studies published in Portuguese, English, Spanish, and French w ith no time limit wereconsidered. Results: Findings were aggregated into five categories: children's experiences; parents' experiences; family relationships; the relationship with health professionals and telemedicine in PHH. According to ConQual the confidence level of the results was moderate in all articles. Conclusions: Through PHH, it is possible to avoid the impact of a conventional hospitalization since it promotes family union, increases the affective bond, the feeling of security, comfort, tranquillity, relief, confidence, and autonomy, reducingstressors su ch as anxiety, fear, nervousness, uncertainty, and fear.
Suggested Reviewers:	Sílvia Caldeira, PhD Universidade Católica Portuguesa Escola de Enfermagem Lisboa scaldeira@ucp.pt
	Heather Herdman University of Wisconsin Green Bay herdmant@uwgb.edu
Opposed Reviewers:	

ANEXO VII – Certificado de visita a uma UHDP

HFF
HOSPITAL PROFESSOR
DOUTOR FERNANDO FONSECA

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, confirmo que a enfermeira Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro, estudante do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, esteve presente na Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica, do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, nos dias 11,12 e 26 de julho.

Amadora, 26 julho, 2023

Assinado por : **HELENA MARIA AMANTE GAMA RIBEIRO DA SILVA**
Num. de Identificação: 06260952

Helena Ribeiro Silva
Adjunta direção Enfermagem

ANEXO VIII - Nuvem de palavras “Sentimentos, vivências e experiências da criança e família”

Adaptado de: Pinheiro et al. (2024).

ANEXO IX - Certificados de Participação em conferências, seminários, jornadas e outras formações

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CATARINA COELHO VILELA DÂMASO PINHEIRO

membro nº **92479** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas: Investigação e Diagnóstico em Saúde Escolar**", realizado **no dia 22 de Setembro de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Porto, 22 de Setembro de 2022

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atvidades Formativas.

CURSO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA EM PEDIATRIA

2021 · 2022

MÓDULO XX

Cuidados Intensivos

Certifica-se que

Catarina Pinheiro

participou no **Módulo XX - Cuidados Intensivos - Setembro 2022** no âmbito da **1ª edição do Curso de Formação Contínua em Pediatria da SPP**, que decorreu a 16 e 30 de setembro de 2022 e obteve a classificação de 60% no teste de avaliação.

Inês Azevedo
Presidente da SPP

Liane Correia Costa
Coordenação Científica do Curso

SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

I SEMINÁRIO INTERNACIONAL IINNCARE
INOVAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO EM CUIDADOS NEONATAIS

Certificado

Certifica-se que **Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro**, nascido(a) a 1996-06-04, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 14015124, participou no ***1º Seminário Internacional IINNCare: Inovação e Implementação em Cuidados Neonatais***, que decorreu nos dias 8 e 9 de novembro de 2022, em formato *online*, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 9 de novembro de 2022

P'la Comissão Organizadora

Professora Doutora Ananda Fernandes

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado nº C003342-769/2022

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CATARINA COELHO VILELA DÂMASO PINHEIRO

membro nº **92479** desta Ordem, participou no(a) **"Enfermagem às Quintas: Prevenção da Infeção Relacionada com Cateteres Vasculares"**, realizado **no dia 17 de Novembro de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Porto, 17 de Novembro de 2022

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atvidades Formativas.

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro, estudante n.º 192022078** esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no **dia 25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

catarina_pinheiro96@hotmail.com

XV JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - Modalidade Híbrida (PRESENCIAL/ON-LINE)

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro

Portador(a) doc. de identificação

esteve presente nas "XV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2022, através da plantaforma Zoom via Webinar.

28 e 29 NOV 2022

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2022

Auditório
Centro de Estudos Camilianos
V. N. de Famalicão

XV JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - Modalidade Híbrida (PRESENCIAL/ON-LINE)

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro

Portador(a) doc. de identificação

participou com

a Comunicação Livre - A Procura de Cuidados Não Urgentes ao Recém-Nascido num Serviço de Urgência Pediátrica, nas

"XV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2022, no auditório do Centro de Estudos Camilianos, V. N. de Famalicão

28 e 29 NOV 2022

A Comissão Organizadora

Auditório
Centro de Estudos Camilianos
V. N. de Famalicão

Famalicão, 29 de Novembro de 2022

cuf Academic Center

Participação em Eventos Científicos

Declaração

Certifica-se que **Catarina Pinheiro**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **14015124**, frequentou o seguinte evento científico:

Pesquisa Sistemática da Literatura

que decorreu a **29 de Novembro de 2022**, com a duração de 2 horas, no seguinte local: Plataforma Webinar

Carnaxide, 29 de Novembro de 2022

Maria Barros

Código de Certificado: C-6350784da9e50

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

cuf Academic Center

Participação em Eventos Científicos

Declaração

Certifica-se que **Catarina Pinheiro**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **14015124**, frequentou o seguinte evento científico:

Como Fazer Comunicações Orais e Posters

que decorreu a **14 de Dezembro de 2022**, com a duração de 2 horas, no seguinte local: Plataforma Webinar

Carnaxide, 14 de Dezembro de 2022

Maria Barros

Código de Certificado: C-6349cc071c1de

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CATARINA COELHO VILELA DÂMASO PINHEIRO

membro nº **92479** desta Ordem, participou no(a) **"[1]III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2023 | 2.ª Sessão: 13 de Fevereiro 2023 | 16h-18"**, realizado **no dia 13 de Fevereiro de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2023

P[1]´A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

---

[1]Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

[2]Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CATARINA COELHO VILELA DÂMASO PINHEIRO

membro nº **92479** desta Ordem, participou no(a) **"[1]WEBINAR - III Ciclo de Investigação em Enfermagem - Encontro de Investigadores | 5.ª Sessão | Ed 1"**, realizado **no dia 17 de Abril de 2023**, com duração total de **3h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 17 de Abril de 2023

P[1] ´A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

---

[1]Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,40** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

[2]Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CATARINA COELHO VILELA DÂMASO PINHEIRO

membro nº **92479** desta Ordem, participou no(a) **"[1]WEBINAR - III Ciclo de Investigação em Enfermagem - Encontro de Investigadores | 5.ª Sessão | Ed 3"**, realizado **no dia 19 de Abril de 2023**, com duração total de **4h45**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 19 de Abril de 2023

P[1] ´A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

---

[1]Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,45** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

[2]Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CATARINA COELHO VILELA DÂMASO PINHEIRO

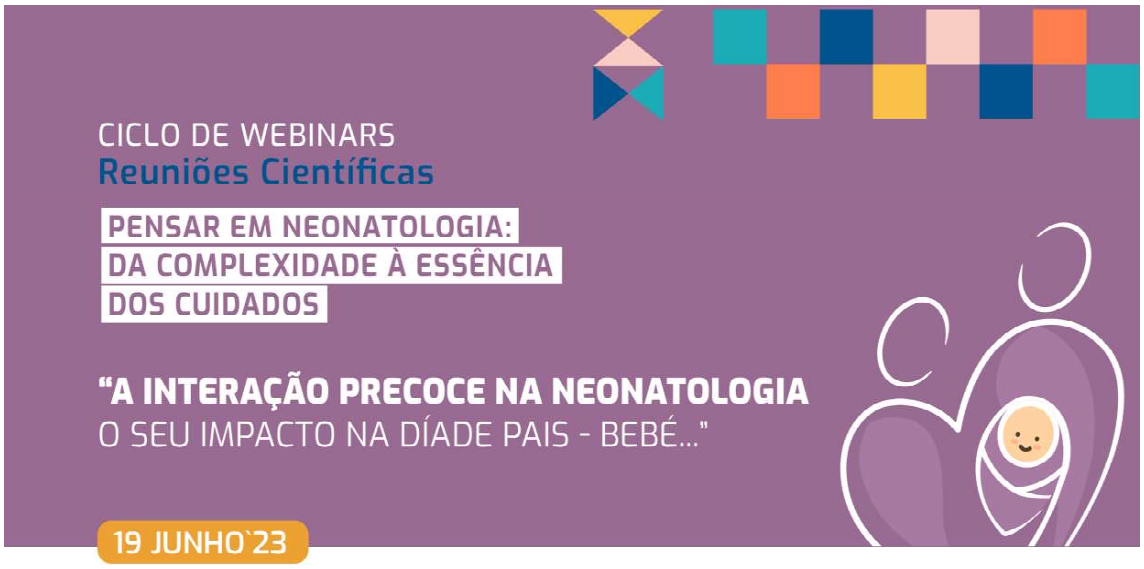
membro nº **92479** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas: Intervenção do EESMP na criança e adolescente**", realizado **no dia 15 de Junho de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Porto, 15 de Junho de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atvidades Formativas.



CERTIFICADO

Certifica-se que Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro esteve presente na Reunião Científica "A interação precoce na unidade de neonatologia: o seu impacto na díade pais-bebé" do II Ciclo de Reuniões Científicas "Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados", que decorreu no dia 19 de junho de 2023 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 19 de junho de 2023

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CATARINA COELHO VILELA DÂMASO PINHEIRO

membro nº **92479** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar Como realizar Revisões Sistemáticas da Literatura**", realizado **no dia 28 de Junho de 2023**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Coimbra, 28 de Junho de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atvidades Formativas.

CERTIFICADO

Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro assistiu ao webinar «Golden Hour» da *Semana do Aleitamento Materno HFF: Fazer a diferença na amamentação* que decorreu no dia 6 de outubro de 2023.

Amadora, 6 de outubro de 2023, *P'la* Comissão Organizadora

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CERTIFICADO

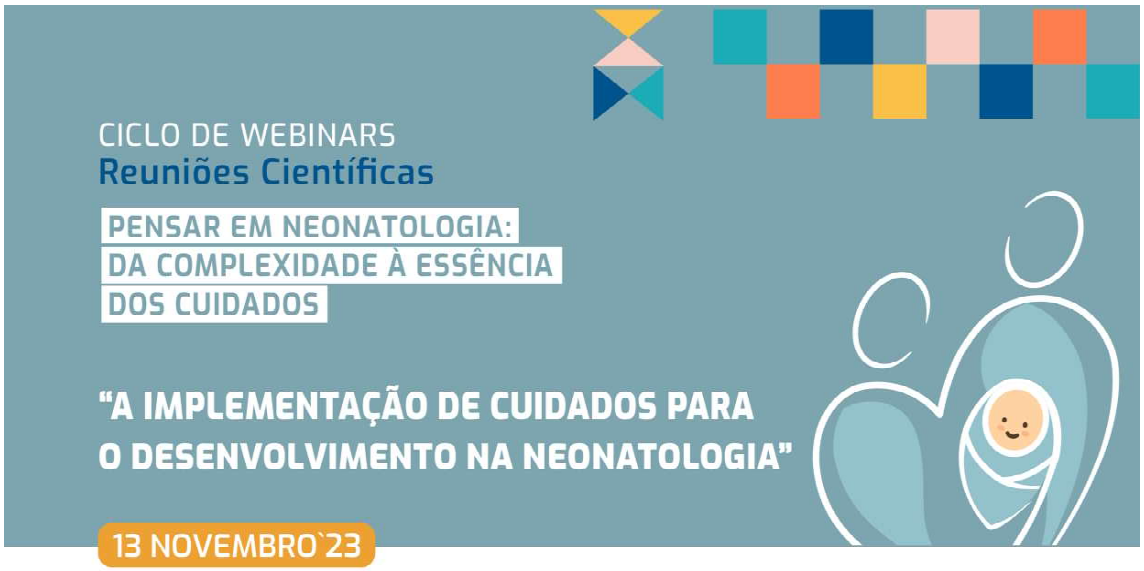
Certifica-se que Catarina Pinheiro participou na Aula Aberta em formato Webinar "Desafios à Responsabilidade profissional do enfermeiro na atualidade – 2023", que decorreu no dia 6 de novembro de 2023, com a duração de 2 horas e 30 minutos.

A Coordenadora do Gabinete de

Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



CERTIFICADO

Certifica-se que Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro esteve presente na Reunião Científica "A implementação de cuidados para o desenvolvimento na Neonatologia" do II Ciclo de Reuniões Científicas "Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados", que decorreu no dia 13 de novembro de 2023 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 13 de Novembro de 2023

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CIDNUR
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

Certificado

Declara-se que **Catarina Pinheiro** participou no **Seminário do projeto NIDCare: Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-nascido**, que decorreu no dia 23 de novembro de 2023, das 10h às 16h00.

Lisboa, 27 de novembro de 2023

A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CERTIFICADO

Certifica-se que Catarina Pinheiro participou na Aula Aberta - “Diversidade de género em crianças e jovens- que desafios éticos enfrenta o enfermeiro especialista?”, que decorreu online no dia 10 de janeiro de 2024, com a duração de 3 horas.

A Coordenadora do Gabinete de

Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO X - Certificado de Participação e Comissão Organizadora do Seminário Internacional do Mestrado

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Mestrando(a)[1] **Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro,** integrou a Comissão Organizadora e participou no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

[1] Mestrado em Enfermagem (área Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – 1º semestre | 2º ano 23/2024)

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

PROGRAMA

9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Vanessa Cardoso Silva
Susana Simão dos Santos
"Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."
Catarina Belo
"Tecnologias da informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."
Bruno Alves
"Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

10:30 – SESSÃO DE ABERTURA

11:00 – INTERVALO

11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderador: Vasco Soares da Veiga
Constança de Almeida Carvalho
"Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pares."
Sónia Morgado
"A Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar"
Rafael Nunes
"A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL
Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Joana Cerejo
Ana Marta Pinto
"O Abandono das Crianças no Hospital."
Marisa Abrantes
"Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Idade Escolar."
Rafaela Silva
"Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil."

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL *"Nursology.net"* – Profª Doutora Peggy L. Chinn
Moderador: David de Sousa Loura

16:15 – Entrega dos Prémios

17:00 – MOMENTO MUSICAL

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO XI - Escalas de Avaliação da dor/*stress* em neonatologia

Tabela 1 - Escala de Avaliação da Dor Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN)

Indicador	Descrição
Rosto	0 – Rosto calmo 1 – Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo trémulo 2 – Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 – Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
Corpo	0 – Corpo calmo 1 – Agitação transitória, geralmente calmo 2 – Agitação frequente, mas acalma-se 3 – Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
Sono	0 – Adormece facilmente, sono prolongado, calmo 1 – Adormece dificilmente 2 – Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado 3 – Não adormece
Interação	0 – Atento 1 – Apreensão passageira no momento do contacto 2 – Contacto difícil, grito à menor estimulação 3 – Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
Reconforto	0 – Sem necessidade de reconforto 1 – Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta 2 – Acalma-se dificilmente 3 – Inconsolável. Sucção desesperada

Adaptado de: Direcção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 2010.

Tabela 2 - Escala de Avaliação da Dor *Neonatal-Pain, Agitation and Sedation Scale* (N-PASS)

Critérios de avaliação	**Sedação**		**Normal**	**Dor/Agitação**	
	-2	**-1**	**0**	**1**	**2**
Choro / Irritabilidade	Ausência de choro com estímulo doloroso	Gemido ou choro mínimo com estímulo doloroso	Ausência de sedação. Ausência de sinais de dor	Irritabilidade ou choro intermitente. Consolável	Choro alto ou silencioso contínuo. Inconsolável
Estado / comportamento	Ausência de resposta a qualquer estímulo. Ausência de movimentos espontâneos	Reação mínima aos estímulos. Poucos movimentos espontâneos	Ausência de sedação. Ausência de sinais de dor	Inquieto. Desperta com frequência	Hiperextensão. Constantemente acordado ou ausência de movimentos (sem sedação)
Expressão facial	Boca está relaxada. Ausência de expressão	Mínima expressão de estímulos	Ausência de sedação. Ausência de sinais de dor	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor contínua
Tónus / extremidades	Ausência de reflexo palmar. Tónus flácido	Reflexo palmar mínimo. Tónus diminuído	Ausência de sedação. Ausência de sinais de dor	Mãos cerradas ou espalmadas de forma intermitente. Tensão corporal ausente	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua. Tensão corporal presente
Sinais vitais	Ausência de variação com estímulos. Hipoventilação ou apneia	Variação de <10% dos sinais vitais	Ausência de sedação. Ausência de sinais de dor	↑ 10-20% dos sinais vitais iniciais. SpO2	↑ > 20% dos sinais vitais iniciais. SpO2 76-85% com estímulo – lento ↑

		basais com o estímulo		76-85% com estímulo – rápido ↑	Luta com o ventilador

Adaptado de: Afifi et al. (2019).

Tabela 3 - Escala de *Finnegan*

Sistema	Sinais e sintomas	Pontuação
Sistema Nervoso Central	Choro gritado < 5 minutos	1
	Choro gritado > 5 minutos	2
	< 3 horas sono após refeição	1
	< 2 horas sono após refeição	2
	< 1 horas sono após refeição	3
	Moro aumentado	2
	Moro muito aumentado	3
	Tremor ligeiro com estímulo	1
	Tremor moderado/grave com estímulo	2
	Tónus muscular aumentado	2
	Escoriações (face, joelho, cotovelos, dedos)	1
	Movimentos mioclónicos	3
	Convulsões	5

Distúrbios vasomotores respiratórios	Sudação	1
	Hipertermia >37,2ºC <38,2ºC	1
	Hipertermia >38,4ºC	2
	Bocejos frequentes (>3-4/intervalo)	1
	Exantema	1
	Obstrução nasal	1
	Espirros frequentes (>3-4/intervalo)	1
	Frequência respiratória >60	1
	Frequência respiratória >60 + tiragem	2
	Adejo nasal	2
Distúrbios gastrointestinais	Sucção excessiva	1
	Recusa alimentar	2
	Regurgitação	2
	Vómitos em jacto	3
	Fezes moles	2
	Diarreia aquosa	1

Pontuação total	

Adaptado de: Finnegan (1980).

Figura 1 - *Neonatal Infant Stressor Scale* (NISS)

Acute Items						Chronic Items	
extremely stressful (score 5)	7am–9am	9am–11am	11am–1pm	1pm–3pm		**extremely stressful (score 5)**	
Multiple attempts inserting IV, IA, UAC/UVC							
Intubation							
Insertion pneumothorax chest drain							
Eye examination							
very stressful (score 4)						**very stressful (score 4)**	
Suctioning of ETT tube						having asystemic infection	
Suctioning of nose and mouth						HFO/Jet vent without sedation	
Removing infant from incubator/bed (unwrapped)							
Insertion of IV, IA, UAC/UVC							
Insertion of percutaneous long line							
Insertion of nasal CPAP tube							
Lumbar puncture							
Surgery							
Heel pricks							
moderately stressful (score 3)						**moderately stressful (score 3)**	
Nappy changes						nursed in radiant warmer	
Position changes						local infection	
Removal of IV						HFO/Jet vent with sedation	
Receiving nasal CPAP						Hudson Prong CPAP	
Insertion of Hudson Prong						fasting for surgery	
Insertion of nasogastric tube						recovering from surgery	
Gavage feed						pneumothorax chest drain	
Removing infant from incubator/bed (wrapped)						conventional ventilation w/o sedation	
Cardiac echocardiogram							
Ultrasound							
CT/MRI							
X-ray							
Being weighed							
a little stressful (score 2)						**a little stressful (score 2)**	
Mouth care						nursed in incubator	
Eye toilet						IV fluids	
IV Flushing (to ensure IV patency)						IV/IA/UAC/UVC in situ	
Sampling eg. blood gases						conventional ventilation with sedation	
Removal of UAC/UVC						lumber puncture recovery	
Stomach aspiration via NGT						intranasal oxygen	
ECG						head box oxygen	
Attachment of monitor sensors						nasogastric tube in situ	
Application of cream to body						phototherapy	
TOTAL ACUTE STRESS SCORE						**TOTAL CHRONIC STRESS SCORE**	

Adaptado de: Newnham et al. (2009).

ANEXO XIV – Certificado da formação “Suporte Avançado de Vida Pediátrico”

Curso Europeu
Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Certificado

O Grupo de Reanimação Pediátrica certifica que **Catarina Pinheiro** participou no Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico que decorreu nas Casas da Cidade / Hospital da Luz em Lisboa nos dias 27 e 28 de setembro de 2019

Concluiu com aproveitamento este Curso, com **aprovação na avaliação prática** e classificação de **88%** na avaliação teórica.

Lisboa, 28 de Setembro de 2019

O Diretor do Curso

Grupo Reanimação Pediátrica

(Dr. Miguel Félix)

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

CPR

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

CPR

GrP

Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico

Declara-se para os devidos efeitos que ***Catarina Pinheiro*** participou no Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico, organizado pelo Grupo de Reanimação Pediátrica, que decorreu nas Casas da Cidade / Hospital da Luz em Lisboa nos dias 27 e 28 de Setembro de 2019, com uma carga horária de 18 horas.

Lisboa, 28 de Setembro de 2019

O Director do Curso

Grupo Reanimação Pediátrica

(Dr. Miguel Félix)

ANEXO XII - Poster “Cuidados Centrados na Família - Aplicação da Escala "Nurse Parent Support Tool" numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos”

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

hecimentoEspecializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que **Catarina Dâmaso Pinheiro,** apresentou o Póster n.º 15 com o tema "**Cuidados Centrados na Família - Aplicação da Escala "Nurse Parent Support Tool" numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**", em coautoria com Ana Marta Silva Pinto; Joana Romeiro no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP
Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social
24 de novembro 2023 | 09H30-17H00

Cuidados Centrados na Família - Aplicação da Escala "*Nurse Parent Support Tool*" numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Ana Marta Silva Pinto[1]; Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro[2]; Joana Romeiro[3,4]
[1] Enfermeira Especialista na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria, Portugal; [2]Enfermeira na Urgência Pediátrica do Hospital Beatriz Ângelo, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Infantil e Pediátrica, Portugal; [3] PhD em Enfermagem, docente Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Portugal; [4] Fellow Pós-Doutoramento em Desenvolvimento Humano Integral, Católica Doctoral School (CADOS), Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.

Introdução

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma intervenção premente, de natureza multiprofissional. Um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros abarca a satisfação do cliente e, por conseguinte, a satisfação parental (Ordem dos Enfermeiros, 2011). É essencial avaliar os cuidados na perspetiva dos cuidadores, mantendo uma verdadeira relação de parceria (Mateus & Sousa, 2016; Sousa, 2016). Os pais pretendem que os enfermeiros entendam as suas particularidades, cuidem não só da criança, mas deles, ouvindo os seus sentimentos e preocupações. Assim, surge a escala "*The Nurse Parent Support Tool*" (Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais), baseada num Modelo de Suporte Social de Enfermagem de House (1981), validada para Portugal em 2012, com quatro domínios centrais com foco no apoio: informativo, emocional, cognitivo/apreciativo e instrumental (Miles et al., 1999).

Objetivo

Identificar contributos na área da melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde infantil e pediatria, com foco no papel parental

Palavras-chave

- Enfermeiro (*nurse*);
- Pais (*parents*);
- Suporte (*support*);
- Escala (*tool*);
- Fraternidade (*fraternity*).

Materiais e Métodos

- Investigação-ação, com pesquisa pelo termo livre "*nurse parent support tool*";
- Sem friso temporal;
- Bases de dados: *Scopus*, *Google Scholar*; MEDLINE e CINAHL;
- Aplicação numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos na área metropolitana de Lisboa;
- Apresentação à equipa de enfermagem durante as passagens de turno;
- Aplicação rápida da escala a 4 cuidadores com papel parental ativo de crianças/jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias, com internamento superior a 72 horas e com domínio da língua portuguesa.

Resultados

- **21 itens**, classificados segundo a **Escala de *Likert***;
- Maiores pontuações → maior perceção de apoio pelos enfermeiros → **maior satisfação parental**;
- Na aplicação da escala a média das pontuações foi superior a 4 → Apoio considerável da equipa de enfermagem. O apoio emocional foi o mais bem cotado pelos pais.
- **Necessidades de intervenção:** Incluir os pais nas decisões, deixá-los decidir se assistem ou não assistir aos procedimentos, ensiná-los sobre os cuidados e informá-los sobre o seu desempenho.
- Permite identificar **áreas prioritárias** de atuação na área de apoio aos pais, além de avaliar a sua satisfação, que é um **indicador** de **qualidade** dos cuidados de enfermagem.

Conclusão

A aplicação da escala permite:

- Fortalecer a sensação de pertença a uma comunidade de apoio;
- Fortalecer a confiança entre pais e a equipa de enfermagem;
- Promover a fraternidade social.

Referências Bibliográficas

ANEXO XIII - Certificado de Participação no Encontro “Parceiros nos Cuidados”

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTA MARIA

Hospital Pulido Valente

CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que, **Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro**, com o documento de identificação nº 14015124, participou no dia 29 de Novembro de 2023 com a duração total de 2 horas no Encontro

Parceiros nos Cuidados

Lisboa, em 18 de dezembro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHULN

Mod.087/007/CF-CHULN

CENTRO DE FORMAÇÃO
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 108 – Fax: 217 805 603

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000

PLANO CURRICULAR – 2 HORAS
(Designação das unidades temáticas) - Sessão de Abertura - Pediatria, o filme das nossas vidas - Workshop Operação Nariz Vermelho - Sessão de Encerramento

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de estágio

Ano	2022																	2023								
Mês	Setembro/Outubro				Outubro/Novembro					Novembro/Dezembro				Dezembro				Janeiro/Fevereiro					Fevereiro			
Serviço / Semanas	4 a 10	11 a 17	18 a 24	25 a 1	2 a 7	9 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 5	6 a 11	13 a 19	20 a 26	27 a 3	4 a 10	11 a 16	18 a 24	25 a 31	1 a 7	8 a 14	15 a 21	22 a 28	29 a 4	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 29
Serviço de Neonatologia																										
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos																										
Internamento de pediatria																										
Relatório de Estágio																										

Quadro 1: Cronograma de estágio

Pausa letiva

APÊNDICE II - Estratégias de Pesquisa

Quadro 1 - Estratégia de Pesquisa para CINAHL *Complete* via EBSCO *Host* a 31 de março de 2023

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	TI (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR "only child" OR minor OR "child* of impaired parents" OR pediatrics) OR AB (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR "only child" OR minor OR "child* of impaired parents" OR pediatrics) OR MH (Child OR Adolescence OR infant OR "Infant, Newborn" OR "only child" OR "Children of Impaired Parents" OR Pediatrics)	1 402 984
S2	TI (family OR caregiver* OR parent* OR "parental consent" OR "parental notification" OR "single parent" OR mother* OR "maternal behavior*" OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR "Parental Behavior") OR AB (family OR caregiver* OR parent* OR "parental consent" OR "parental notification" OR "single parent" OR mother* OR "maternal behavior*" OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR "Parental Behavior") OR MH (family OR caregivers OR parents OR "Parental Behavior" OR "parental notification" OR "single parent" OR mothers OR "Maternal Behavior" OR fathers OR Grandparents OR siblings)	597 176
S3	TI ("Adverse Childhood Experience*" OR emotion* OR "affective symptom*" OR sensation OR perception OR "Life Course Perspective" OR "Personal Satisfaction" OR experience) OR AB ("Adverse Childhood Experience*" OR emotion* OR "affective symptom*" OR sensation OR perception OR "Life Course Perspective" OR "Personal Satisfaction" OR experience) OR MH ("Adverse Childhood Experiences" OR Emotions OR "Affective Symptoms" OR sensation OR perception OR "Life Course Perspective" OR "Personal Satisfaction")	665 935
S4	TI ("Home Health Aid*" OR "Home Health Care" OR "Home hospitalization" OR "home care service*" OR "Home Care Agenc*" OR "home care" OR "hospital at home" OR "Hospital to Home Transition" OR "home nursing" OR "care at home" OR "Home Health Nursing" OR "home service*"" OR "paediatric home care service" OR "early discharge hospital-at-home program*") OR AB ("Home Health Aid*" OR "Home Health Care" OR "Home hospitalization" OR "home care service*" OR "Home Care Agenc*" OR "home care" OR "hospital at home" OR "Hospital to Home Transition" OR "home nursing" OR "care at home" OR "Home Health Nursing" OR "home service*"" OR "paediatric home care service" OR "early discharge hospital-at-home program*") OR MH ("Home Health Aides" OR "Home Health Care" OR "Home Health Agencies" OR "Hospital to Home Transition" OR "Home	39 559

	Nursing”)	
S5	TI (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology) OR AB (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology) OR MH (“Qualitative Studies” OR “Anthropology, Cultural” OR “Case Studies” OR “grounded theory” OR Phenomenology OR “delphi technique” OR “Focus Groups” OR “Systems Analysis” OR Interviews)	676 925
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	449
Filtros: Inglês, Português, Espanhol e Francês		436

Quadro 2 - Estratégia de Pesquisa para MEDLINE *Complete* via EBSCO *Host* a 31 de março de 2023

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	TI (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR "only child" OR minor OR "child* of impaired parents" OR pediatrics) OR AB (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR "only child" OR minor OR "child* of impaired parents" OR pediatrics) OR MH (Child OR adolescent OR infant OR "Infant, Newborn" OR "Only Child" OR "Minors" OR "Child of Impaired Parents" OR pediatrics)	4 708 814
S2	TI (family OR caregiver* OR parent* OR "parental consent" OR "parental notification" OR "single parent" OR mother* OR "maternal behavior*" OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR "Parental Behavior") OR AB (family OR caregiver* OR parent* OR "parental consent" OR "parental notification" OR "single parent" OR mother* OR "maternal behavior*" OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR "Parental Behavior") OR MH (family OR Caregivers OR Parents OR "parental consent" OR "parental notification" OR "single parent" OR Mothers OR "Maternal Behavior" OR Fathers OR Grandparents OR siblings OR Friends)	1 917 146
S3	TI ("Adverse Childhood Experience*" OR emotion* OR "affective symptom*" OR sensation OR perception OR "Life Course Perspective" OR "Personal Satisfaction" OR experience) OR AB ("Adverse Childhood Experience*" OR emotion* OR "affective symptom*" OR sensation OR perception OR "Life Course Perspective" OR "Personal Satisfaction" OR experience) OR MH ("Adverse Childhood Experiences" OR Emotions OR "Affective Symptoms" OR Sensation OR perception OR "Life Course Perspective" OR "Personal Satisfaction")	1 562 782
S4	TI ("Home Health Aid*" OR "Home Health Care" OR "Home hospitalization" OR "home care service*" OR "Home Care Agenc*" OR "home care" OR "hospital at home" OR "Hospital to Home Transition" OR "home nursing" OR "care at home" OR "Home Health Nursing" OR "home service*"" OR "pediatric home care service" OR "early discharge hospital-at-home program*") OR AB ("Home Health Aid*" OR "Home Health Care" OR "Home hospitalization" OR "home care service*" OR "Home Care Agenc*" OR "home care" OR "hospital at home" OR "Hospital to Home Transition" OR "home nursing" OR "care at home" OR "Home Health Nursing" OR "home service*"" OR "pediatric home care service" OR "early discharge hospital-at-home program*") OR MH ("home care services" OR "Home Care Agencies" OR "Home Care Services, Hospital-Based" OR "Hospital to Home Transition"	50 194

	OR “home nursing” OR “Home Health Nursing”)	
S5	TI (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology) OR AB (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology) OR MH (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethnopsychology OR “case reports” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus groups” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview)	3 710 372
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	434
Filtros: Inglês, Português, Espanhol e Francês		419

Quadro 3 - Estratégia de Pesquisa para *MedicLatina Complete* via EBSCO *Host* a 31 de março de 2023

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	TI (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR “only child” OR minor OR “child* of impaired parents” OR pediatrics) OR AB (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR “only child” OR minor OR “child* of impaired parents” OR pediatrics)	18 006
S2	TI (family OR caregiver* OR parent* OR “parental consent” OR “parental notification” OR “single parent” OR mother* OR “maternal behavior*” OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR “Parental Behavior”) OR AB (family OR caregiver* OR parent* OR “parental consent” OR “parental notification” OR “single parent” OR mother* OR “maternal behavior*” OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR “Parental Behavior”)	10 527
S3	TI (“Adverse Childhood Experience*” OR emotion* OR “affective symptom*” OR sensation OR perception OR “Life Course Perspective” OR “Personal Satisfaction” OR experience) OR AB (“Adverse Childhood Experience*” OR emotion* OR “affective symptom*” OR sensation OR perception OR “Life Course Perspective” OR “Personal Satisfaction” OR experience)	9 687
S4	TI (“Home Health Aid*” OR “Home Health Care” OR “Home hospitalization” OR “home care service*” OR “Home Care Agenc*” OR “home care” OR “hospital at home” OR “Hospital to Home Transition” OR “home nursing” OR “care at home” OR “Home Health Nursing” OR “home service*”” OR “pediatric home care service” OR “early discharge hospital-at-home program*”) OR AB (“Home Health Aid*” OR “Home Health Care” OR “Home hospitalization” OR “home care service*” OR “Home Care Agenc*” OR “home care” OR “hospital at home” OR “Hospital to Home Transition” OR “home nursing” OR “care at home” OR “Home Health Nursing” OR “home service*”” OR “pediatric home care service” OR “early discharge hospital-at-home program*”)	44
S5	TI (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology) OR AB (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus	10 934

	group*" OR observation OR "system analysis" OR "document analysis" OR Interview OR "mixed methods" OR "Qualitative Studies" OR Phenomenology)	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	2

Quadro 4 - Estratégia de Pesquisa para *PubMed* via EBSCO *Host* a 31 de março de 2023

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	"child*"[Title/Abstract] OR "adolescent"[Title/Abstract] OR "youth"[Title/Abstract] OR "infant"[Title/Abstract] OR "newborn"[Title/Abstract] OR "Only Child"[Title/Abstract] OR "minor"[Title/Abstract] OR "Child of Impaired Parents"[Title/Abstract] OR "pediatrics"[Title/Abstract] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant, newborn"[MeSH Terms] OR "Only Child"[MeSH Terms] OR "minors"[MeSH Terms] OR "Child of Impaired Parents"[MeSH Terms] OR "pediatrics"[MeSH Terms]	4 686 554
S2	"family"[Title/Abstract] OR "caregiver*"[Title/Abstract] OR "parent*"[Title/Abstract] OR "parental consent"[Title/Abstract] OR "parental notification"[Title/Abstract] OR "single parent"[Title/Abstract] OR "mother*"[Title/Abstract] OR "maternal behavior*"[Title/Abstract] OR "father*"[Title/Abstract] OR "grandparent*"[Title/Abstract] OR "sibling*"[Title/Abstract] OR "friend*"[Title/Abstract] OR "Parental Behavior"[Title/Abstract] OR "family"[MeSH Terms] OR "caregivers"[MeSH Terms] OR "parents"[MeSH Terms] OR "parental consent"[MeSH Terms] OR "parental notification"[MeSH Terms] OR "single parent"[MeSH Terms] OR "mothers"[MeSH Terms] OR "Maternal Behavior"[MeSH Terms] OR "fathers"[MeSH Terms] OR "grandparents"[MeSH Terms] OR "siblings"[MeSH Terms] OR "friends"[MeSH Terms]	1 874 988
S3	"adverse childhood experience*"[Title/Abstract] OR "emotion*"[Title/Abstract] OR "affective symptom*"[Title/Abstract] OR "sensation"[Title/Abstract] OR "perception"[Title/Abstract] OR "Life Course Perspective"[Title/Abstract] OR "Personal Satisfaction"[Title/Abstract] OR "experience"[Title/Abstract] OR "Adverse Childhood Experiences"[MeSH Terms] OR "emotions"[MeSH Terms] OR "Affective Symptoms"[MeSH Terms] OR "sensation"[MeSH Terms] OR "perception"[MeSH Terms] OR "Life Course Perspective"[MeSH Terms] OR "Personal Satisfaction"[MeSH Terms]	2 151 040
S4	"home health aid*"[Title/Abstract] OR "Home Health Care"[Title/Abstract] OR "Home hospitalization"[Title/Abstract] OR "home care service*"[Title/Abstract] OR "home care agenc*"[Title/Abstract] OR "home care"[Title/Abstract] OR "hospital at home"[Title/Abstract] OR "Hospital to Home Transition"[Title/Abstract] OR "home nursing"[Title/Abstract] OR	64 339

	"care at home"[Title/Abstract] OR "Home Health Nursing"[Title/Abstract] OR "home service*"[Title/Abstract] OR "home care services"[MeSH Terms] OR "Home Care Agencies"[MeSH Terms] OR "home care services, hospital based"[MeSH Terms] OR "Hospital to Home Transition"[MeSH Terms] OR "home nursing"[MeSH Terms] OR "Home Health Nursing"[MeSH Terms]	
S5	"qualitative research"[Title/Abstract] OR "anthropology cultural"[Title/Abstract] OR "ethno*"[Title/Abstract] OR "case report*"[Title/Abstract] OR "case stud*"[Title/Abstract] OR "grounded theory"[Title/Abstract] OR "hermeneutics"[Title/Abstract] OR "delphi technique"[Title/Abstract] OR "focus group*"[Title/Abstract] OR "observation"[Title/Abstract] OR "system analysis"[Title/Abstract] OR "document analysis"[Title/Abstract] OR "Interview"[Title/Abstract] OR "mixed methods"[Title/Abstract] OR "Qualitative Studies"[Title/Abstract] OR "Phenomenology"[Title/Abstract] OR "qualitative research"[MeSH Terms] OR "ethnopsychology"[MeSH Terms] OR "grounded theory"[MeSH Terms] OR "hermeneutics"[MeSH Terms] OR "delphi technique"[MeSH Terms] OR "focus groups"[MeSH Terms] OR "observation"[MeSH Terms] OR "document analysis"[MeSH Terms] OR "interviews as topic"[MeSH Terms]	1 343 169
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 ((("child*"[Title/Abstract] OR "adolescent"[Title/Abstract] OR "youth"[Title/Abstract] OR "infant"[Title/Abstract] OR "newborn"[Title/Abstract] OR "Only Child"[Title/Abstract] OR "minor"[Title/Abstract] OR "Child of Impaired Parents"[Title/Abstract] OR "pediatrics"[Title/Abstract] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant, newborn"[MeSH Terms] OR "Only Child"[MeSH Terms] OR "minors"[MeSH Terms] OR "Child of Impaired Parents"[MeSH Terms] OR "pediatrics"[MeSH Terms]) AND ("family"[Title/Abstract] OR "caregiver*"[Title/Abstract] OR "parent*"[Title/Abstract] OR "parental consent"[Title/Abstract] OR "parental notification"[Title/Abstract] OR "single parent"[Title/Abstract] OR "mother*"[Title/Abstract] OR "maternal behavior*"[Title/Abstract] OR "father*"[Title/Abstract] OR "grandparent*"[Title/Abstract] OR "sibling*"[Title/Abstract] OR "friend*"[Title/Abstract] OR "Parental Behavior"[Title/Abstract] OR "family"[MeSH Terms] OR "caregivers"[MeSH Terms] OR "parents"[MeSH Terms] OR "parental consent"[MeSH Terms] OR "parental notification"[MeSH Terms] OR "single parent"[MeSH Terms] OR "mothers"[MeSH Terms] OR "Maternal Behavior"[MeSH Terms] OR	351

	"fathers"[MeSH Terms] OR "grandparents"[MeSH Terms] OR "siblings"[MeSH Terms] OR "friends"[MeSH Terms])) AND ("adverse childhood experience*"[Title/Abstract] OR "emotion*"[Title/Abstract] OR "affective symptom*"[Title/Abstract] OR "sensation"[Title/Abstract] OR "perception"[Title/Abstract] OR "Life Course Perspective"[Title/Abstract] OR "Personal Satisfaction"[Title/Abstract] OR "experience"[Title/Abstract] OR "Adverse Childhood Experiences"[MeSH Terms] OR "emotions"[MeSH Terms] OR "Affective Symptoms"[MeSH Terms] OR "sensation"[MeSH Terms] OR "perception"[MeSH Terms] OR "Life Course Perspective"[MeSH Terms] OR "Personal Satisfaction"[MeSH Terms])) AND ("home health aid*"[Title/Abstract] OR "Home Health Care"[Title/Abstract] OR "Home hospitalization"[Title/Abstract] OR "home care service*"[Title/Abstract] OR "home care agenc*"[Title/Abstract] OR "home care"[Title/Abstract] OR "hospital at home"[Title/Abstract] OR "Hospital to Home Transition"[Title/Abstract] OR "home nursing"[Title/Abstract] OR "care at home"[Title/Abstract] OR "Home Health Nursing"[Title/Abstract] OR "home service*"[Title/Abstract] OR "home care services"[MeSH Terms] OR "Home Care Agencies"[MeSH Terms] OR "home care services, hospital based"[MeSH Terms] OR "Hospital to Home Transition"[MeSH Terms] OR "home nursing"[MeSH Terms] OR "Home Health Nursing"[MeSH Terms])) AND ("qualitative research"[Title/Abstract] OR "anthropology cultural"[Title/Abstract] OR "ethno*"[Title/Abstract] OR "case report*"[Title/Abstract] OR "case stud*"[Title/Abstract] OR "grounded theory"[Title/Abstract] OR "hermeneutics"[Title/Abstract] OR "delphi technique"[Title/Abstract] OR "focus group*"[Title/Abstract] OR "observation"[Title/Abstract] OR "system analysis"[Title/Abstract] OR "document analysis"[Title/Abstract] OR "Interview"[Title/Abstract] OR "mixed methods"[Title/Abstract] OR "Qualitative Studies"[Title/Abstract] OR "Phenomenology"[Title/Abstract] OR "qualitative research"[MeSH Terms] OR "ethnopsychology"[MeSH Terms] OR "grounded theory"[MeSH Terms] OR "hermeneutics"[MeSH Terms] OR "delphi technique"[MeSH Terms] OR "focus groups"[MeSH Terms] OR "observation"[MeSH Terms] OR "document analysis"[MeSH Terms] OR "interviews as topic"[MeSH Terms])	

Quadro 5 - Estratégia de Pesquisa para *Psychology and Behavioral Sciences Collection* via EBSCO *Host* a 31 de março de 2023

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	TI (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR “only child” OR minor OR “child* of impaired parents” OR pediatrics) OR AB (Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR “only child” OR minor OR “child* of impaired parents” OR pediatrics) OR SU (Youth OR “only child” OR pediatrics)	235 119
S2	TI (family OR caregiver* OR parent* OR “parental consent” OR “parental notification” OR “single parent” OR mother* OR “maternal behavior*” OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR “Parental Behavior”) OR AB (family OR caregiver* OR parent* OR “parental consent” OR “parental notification” OR “single parent” OR mother* OR “maternal behavior*” OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR “Parental Behavior”) OR SU (families OR “single parent families” OR siblings OR grandparenting)	153 656
S3	TI (“Adverse Childhood Experience*” OR emotion* OR “affective symptom*” OR sensation OR perception OR “Life Course Perspective” OR “Personal Satisfaction” OR experience) OR AB (“Adverse Childhood Experience*” OR emotion* OR “affective symptom*” OR sensation OR perception OR “Life Course Perspective” OR “Personal Satisfaction” OR experience) OR SU (“Adverse Childhood Experiences” OR senses OR experience)	183 561
S4	TI (“Home Health Aid*” OR “Home Health Care” OR “Home hospitalization” OR “home care service*” OR “Home Care Agenc*” OR “home care” OR “hospital at home” OR “Hospital to Home Transition” OR “home nursing” OR “care at home” OR “Home Health Nursing” OR “home service*”” OR “pediatric home care service” OR “early discharge hospital-at-home program*”) OR AB (“Home Health Aid*” OR “Home Health Care” OR “Home hospitalization” OR “home care service*” OR “Home Care Agenc*” OR “home care” OR “hospital at home” OR “Hospital to Home Transition” OR “home nursing” OR “care at home” OR “Home Health Nursing” OR “home service*”” OR “pediatric home care service” OR “early discharge hospital-at-home program*”) OR SU (“home are services” OR “home nursing”)	2 333
S5	TI (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR	110 046

	“document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology) OR AB (“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology) OR SU (“qualitative research” OR “grounded theory” OR “delphi method” OR “focus groups” OR “system analysis”)	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	56
S7	APENAS TEM ARTIGOS EM INGLÊS	

Quadro 6 - Estratégia de Pesquisa para *Cochrane Library* via EBSCO *Host* a 1 de abril de 2023

Pesquisa	Expressão	Resultados
S1	(Child* OR adolescent OR youth OR infant OR newborn OR "only child" OR minor OR "child* of impaired parents" OR pediatrics):ti,ab,kw	331 336
S2	MeSH descriptor: [child] explode all trees	77 476
S3	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees	125 165
S4	MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	41 439
S5	MeSH descriptor: [Infant, Newborn] explode all trees	20 344
S6	MeSH descriptor: [Only Child] explode all trees	7
S7	MeSH descriptor: [Minors] explode all trees	11
S8	MeSH descriptor: [Child of Impaired Parents] explode all trees	198
S9	MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees	1 178
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	331 391
S11	(family OR caregiver* OR parent* OR "parental consent" OR "parental notification" OR "single parent" OR mother* OR "maternal behavior*" OR father* OR grandparent* OR sibling* OR friend* OR "Parental Behavior"):ti,ab,kw	118 096
S12	MeSH descriptor: [Family] explode all trees	13 151
S13	MeSH descriptor: [Caregivers] explode all trees	3 182
S14	MeSH descriptor: [Parenting] explode all trees	1 796
S15	MeSH descriptor: [Parental Consent] explode all trees	95
S16	MeSH descriptor: [Parental Notification] explode all trees	3
S17	MeSH descriptor: [Single Parent] explode all trees	54
S18	MeSH descriptor: [Mothers] explode all trees	2 730
S19	MeSH descriptor: [Maternal Behavior] explode all trees	388
S20	MeSH descriptor: [Fathers] explode all trees	268
S21	MeSH descriptor: [Grandparents] explode all trees	26
S22	MeSH descriptor: [Siblings] explode all trees	168
S23	MeSH descriptor: [Friends] explode all trees	189

S24	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23	118 978
S25	(“Adverse Childhood Experience*” OR emotion* OR “affective symptom*” OR sensation OR perception OR “Life Course Perspective” OR “Personal Satisfaction” OR experience):ti,ab,kw	129 536
S26	MeSH descriptor: [Adverse Childhood Experiences] explode all trees	77
S27	MeSH descriptor: [Emotions] explode all trees	38 908
S28	MeSH descriptor: [Affective Symptoms] explode all trees	517
S29	MeSH descriptor: [Sensation] explode all trees	34 482
S30	MeSH descriptor: [Perception] explode all trees	22 789
S31	MeSH descriptor: [Life Course Perspective] explode all trees	2
S32	MeSH descriptor: [Personal Satisfaction] explode all trees	1 573
S33	S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	192 155
S34	(“Home Health Aid*” OR “Home Health Care” OR “Home hospitalization” OR “home care service*” OR “Home Care Agenc*” OR “home care” OR “hospital at home” OR “Hospital to Home Transition” OR “home nursing” OR “care at home” OR “Home Health Nursing” OR “home service*”OR “pediatric home care service” OR “early discharge hospital-at-home program*”):ti,ab,kw	7 306
S35	MeSH descriptor: [Home Care Services] explode all trees	2 831
S36	MeSH descriptor: [Home Care Agencies] explode all trees	13
S37	MeSH descriptor: [Home Care Services, Hospital-Based] explode all trees	268
S38	MeSH descriptor: [Hospital to Home Transition] explode all trees	3
S39	MeSH descriptor: [Home Nursing] explode all trees	324
S40	MeSH descriptor: [Home Health Nursing] explode all trees	10
S41	S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40	7 432
S42	(“qualitative research” OR “anthropology cultural” OR ethno* OR “case report*” OR “case stud*” OR “grounded theory” OR hermeneutics OR “delphi technique” OR “focus group*” OR observation OR “system analysis” OR “document analysis” OR Interview OR “mixed methods” OR “Qualitative Studies” OR Phenomenology):ti,ab,kw	101 047
S43	MeSH descriptor: [Qualitative Research] explode all trees	2 041
S44	MeSH descriptor: [Ethnopsychology] explode all trees	3

S45	MeSH descriptor: [Case Reports] explode all trees	0
S46	MeSH descriptor: [Grounded Theory] explode all trees	41
S47	MeSH descriptor: [Hermeneutics] explode all trees	2
S48	MeSH descriptor: [Delphi Technique] explode all trees	98
S49	MeSH descriptor: [Focus Groups] explode all trees	906
S50	MeSH descriptor: [Observation] explode all trees	303
S51	MeSH descriptor: [Document Analysis] explode all trees	0
S52	MeSH descriptor: [Interview] explode all trees	822
S53	S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52	101 326
S54	S10 AND S24 AND S33 AND S41 AND S53	61

Pesquisa	**Expressão**	**Resultados**
S1	Abstract: Pediatric	479 717
S2	Abstract: Home care	230 352
S3	Abstract: Experience	8 594 006
S4	S1 AND S2 AND S3	1 277
S5	Filtro: Open access	732

Quadro 7 - Estratégia de Pesquisa para *Open AIRE* a 4 de abril de 2023

Pesquisa	**Expressão**	**Resultados**
S1	Abstract: Child	958 964
S2	Abstract: Home hospitalization	121 613
S3	Abstract: Experience	8 594 006
S4	S1 AND S2 AND S3	1 980
S5	Filtro: Open access	1 154

APÊNDICE III - Reflexão crítica “A experiência numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica”

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Reflexão crítica

"A experiência numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica"

por

Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro

Lisboa, 2024

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Reflexão crítica

"A experiência numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica"

por

Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro

Sob orientação de: Professora Doutora Joana Romeiro

Lisboa, 2024

Lista de Siglas

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

HDP – Hospitalização Domiciliária Pediátrica

NANDA-I - Associação Americana de Diagnóstico de Enfermagem

UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica

VD – Visita domiciliária

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da temática da Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP), foi solicitado um pedido de visita a uma Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (UHDP) com o propósito de conhecer a dinâmica da mesma e adquirir novos conhecimentos e competências, de forma a vivenciar o máximo de experiências de aprendizagem em contexto de estágio, integrado no 16.º Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Esta visita foi realizada em conjunto com uma colega com a qual realizei uma revisão de literatura proposta, com a temática da HDP.

Benner (2001, p.14) enfatiza que "ensinar a reflexão permite aos enfermeiros clínicos (…) que identifiquem as noções do que é correcto (…); que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico.".

Uma atitude autocrítica e reflexiva permite o desenvolvimento tanto a nível pessoal como profissional. Deste modo, foi elaborada a presente reflexão crítica e reflexiva que nos remete para os dias 11, 12 e 26 de julho de 2023 sobre a experiência numa UHDP. Foram integrados os pressupostos do modelo de cuidados da HDP descritos na evidência científica, utilizando o Ciclo de Gibbs proposto por Graham Gibbs (Gibbs, 2013). Posto isto, estabeleci como objetivo geral para esta reflexão crítica, descrever e analisar uma situação da prática clínica com fundamentação na evidência científica.

A Hospitalização Domiciliária garante a assistência contínua na fase aguda da doença e/ou agudização de uma doença crónica no domicílio, como alternativa ao internamento convencional. Uma UHDP garante a prestação de cuidados especializados por intermédio de uma equipa multidisciplinar (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018).

Este modelo de cuidados demonstrou ser portador de vários benefícios associados tanto para a criança/jovem e respetiva família, como para o hospital e o sistema de saúde (Cotta et al., 2001; Despacho n.º 9323-A/2018, 2018). Pretendeu-se com a visita à UHDP observar esses benefícios delineando como objetivo geral da visita "Colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem e família em contexto de Hospitalização Domiciliária Pediátrica".

2. REFLEXÃO CRÍTICA

Em seguida, será descrita uma experiência que vivenciei em contexto de estágio, utilizando o Ciclo de Gibbs proposto por Graham Gibbs que comporta seis etapas principais por ordem sequencial: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusões e plano de ação; de modo a proceder a um período reflexivo devidamente fundamentado (Gibbs, 2013).

2.1. DESCRIÇÃO

Como referido na parte introdutória, esta visita decorreu nos dias 11, 12 e 26 de julho e teve como principal objetivo a aquisição de competências no cuidar da criança/jovem e família em HDP. De forma a contextualizar o local onde se realizou a visita, inicialmente será realizada uma descrição sumária da UHDP.

A UHDP garante o acompanhamento, por uma equipa multidisciplinar, de crianças/jovens que requerem internamento, mas que demonstrem estabilidade clínica após um período de internamento hospitalar, e por esse motivo, possam ser transferidas para o domicílio, em regime de HDP. Os fundamentos aplicados à criança/jovem em hospitalização convencional são aplicados à criança/jovem em HDP, diferindo o contexto onde os cuidados são prestados.

Das trinta e seis vagas disponíveis no internamento de pediatria, quatro destas foram alocadas para a UHDP. A equipa é constituída por dois médicos, seis enfermeiros, assistentes operacionais, assistente administrativo, farmacêutico e assistente social. As tipologias aceites neste modelo de cuidados incluem a criança com doença aguda ou com doença crónica agudizada.

Para além da estabilidade clínica, a unidade referida inclui nos critérios de elegibilidade: a residência ser num raio de 30 quilómetros do hospital; a presença contínua de um cuidador 24 horas do dia, sendo que a criança nunca pode ficar sozinha; existência de um telefone ou telemóvel no domicílio; condições sanitárias mínimas (com avaliação prévia por assistente social); e restrição da criança sair de casa em qualquer momento do internamento no domicílio. Estes critérios clínicos, sociais e geográficos vão ao encontro do mencionado no Despacho n.º 9323-A/2018 (2018), à exceção da obrigatoriedade de permanência de um cuidador e da restrição de saída de casa da criança/jovem.

Por outro lado, algo que não é tão notório na literatura analisada sobre HDP, a UHDP em questão criou critérios de exclusão onde se inserem a incapacidade física,

emocional ou cognitiva do cuidador; dependência de substâncias ilícitas e/ou alcoólicas no cuidador; e incapacidade física ou emocional da criança/jovem que impeça a sua colaboração no tratamento ou presença de ideação suicida e/ou agitação psicomotora e/ou doença com risco epidemiológico.

A admissão em regime de HDP pressupõe a assinatura pelo cuidador e profissional de saúde de um consentimento informado, livre e esclarecido. A UHDP gere todo o processo de cuidados desde a admissão até à alta. A admissão em HDP exige uma admissão hospitalar e avaliação por assistente social previamente, indo ao encontro do evocado na literatura por Mendes (2001). A identificação da criança através de pulseira de identificação é obrigatória.

Após admissão neste regime de internamento o cuidador principal é esclarecido relativamente à evolução esperada da doença, bem como eventuais complicações e sinais de alarme, reforçando o apoio telefónico 24 horas por dia. É entregue um guia de acolhimento bem como um inquérito de satisfação sobre as expetativas da HDP e é estabelecido um plano individual de cuidados.

A criança/jovem em HDP, maioritariamente, necessita de cuidados de enfermagem que envolvem administração de terapêutica via endovenosa, pelo que a capacitação parental sobre os cuidados a ter é primordial. Como medida de segurança, a unidade em questão possui de um kit de hemóstase, no caso de exteorização total ou parcial do cateter venoso periférico, que é deixado com o cuidador.

A unidade em questão, garante a visita domiciliária (VD) diária da criança/jovem das 8 horas às 22 horas os 365 dias do ano, e o apoio telefónico as 24 horas do dia (assegurado pelo enfermeiro chefe de equipa do serviço de internamento de pediatria). Existe uma folha de passagem de turno que certifica a transmissão de informação clínica e, por conseguinte, a continuidade de cuidados.

Perante a situação de uma urgência ou emergência na criança/jovem em HDP, esta é assegurada pela UHDP das 8 horas às 22 horas. Se for no horário compreendido entre as 22 horas e as 8 horas haverá um encaminhamento para o serviço de urgência pediátrica do hospital. No caso de agravamento clínico a criança pode ser transferida em qualquer instância para o internamento de pediatria.

A realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica pode ser necessária, sendo a UHDP responsável pelo agendamento dos mesmos, bem como pelo transporte da criança/jovem e cuidador. Quanto à colheita de produtos biológicos (por

exemplo sangue e urina) é realizada no domicílio, sendo o transporte dos mesmos assegurado pela UHDP com garantia das condições necessárias de acondicionamento.

Em cada VD a equipa transporta consigo uma mochila de VD pediátrica com todo o material necessário ao qual se anexa equipamento tecnológico (bomba/seringa infusora, monitor de sinais vitais, glucómetro), sendo o enfermeiro responsável por garantir a segurança e a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Esta UHDP assegura a observação regular por um médico e pelo menos uma VD diária por um elemento da equipa de enfermagem. O número de visitas domiciliárias é decidido em equipa tendo em consideração as necessidades da criança/jovem.

No momento da alta, é pedido ao cuidador que preencha um questionário de satisfação sobre os cuidados prestados.

A visita à UHDP proporcionou-me a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a várias crianças/jovem e famílias no domicílio, essencialmente diagnósticos que requeriam a administração de terapêutica via endovenosa. Contudo, vou especificar uma situação singular de uma criança em HDP a cumprir terapêutica endovenosa por apresentar uma pneumonia sem hipoxémia. Ao entrar no domicílio, fui diretamente ao quarto onde se encontrava a criança, receosa à aproximação da equipa. Rapidamente aparece o seu irmão mais velho, onde me questionei sobre como o poderia integrar no plano de cuidados. Após início da perfusão de terapêutica e antes da avaliação de sinais vitais, foi notório o envolvimento entre irmãos e do irmão mais velho com a equipa multidisciplinar. Através da integração do irmão no plano de cuidados, da comunicação e do brincar terapêutico, posteriormente, a colaboração da criança aumentou exponencialmente, tendo desaparecido o seu fácies triste e receoso com que nos abordou inicialmente. Esta situação carece de reflexão, focando a influência do irmão na adaptação ao processo de hospitalização, algo que não seria possível no internamento convencional.

2.2. SENTIMENTOS

As situações vivenciadas na prática clínica por norma envolvem uma multiplicidade de sentimentos e, segundo Rodrigues e colaboradores (2015), o ato de cuidar envolve dedicação, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Ao longo desta experiência foram diversos os sentimentos que sobressaíram em mim.

Numa fase inicial, senti felicidade e entusiasmo ao observar o empenho da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados na UHDP. Apesar de ser uma visita curta, senti-me muito bem acolhida por toda a equipa da UHDP e do internamento de pediatria.

Relativamente à experiência detalhada, inicialmente senti-me determinada, mas ao mesmo tempo apreensiva e insegura. Determinada em conseguir reduzir os receios da criança e estabelecer uma relação terapêutica e apreensiva e insegura por ser o primeiro contexto com a realidade e com a equipa.

Emergiu um sentimento de tranquilidade por a HDP ser uma temática sobre a qual já tinha algum conhecimento prévio, proveniente da revisão de literatura que realizei. Em seguida, com a chegada do irmão ao quarto, questionei-me sobre a forma como o poderia integrar no plano de cuidados, algo que consegui através do brincar terapêutico.

2.3. AVALIAÇÃO INICIAL

Como na maioria das situações vivenciadas na prática de enfermagem, na presente situação destaco aspetos tanto positivos como negativos.

Avaliar a situação levou-me a compreender que a inclusão dos irmãos no processo de cuidado é essencial uma vez que permitiu amenizar os sentimentos emocionais negativos presentes na criança em HDP. O ambiente era acolhedor e transmitia calma e tranquilidade.

Destaco o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança com os pais, o que permitiu uma maior proximidade e, por conseguinte, realização de ensinos mais dirigidos e eficazes ao longo da VD.

Como ponto negativo realço apenas o facto de a VD ter sido curta impossibilitando o desenvolvimento de uma relação terapêutica mais solidificada.

Foi um momento de aprendizagem muito importante, uma vez que a inclusão dos irmãos nos cuidados em ambiente de internamento hospitalar não é possível, permitindo-me deste modo adquirir competências nesta vertente.

2.4. ANÁLISE

Uma análise prévia da literatura permitiu-me compreender a importância deste modelo de cuidados para a criança/jovem e família que enfrenta um processo de transição saúde-doença, contudo foi através desta visita que foi possível constatar que a HDP realmente pode ser expandida em Portugal, desde que haja previamente uma equipa

multidisciplinar, devidamente formada e capacitada no cuidar das famílias no domicílio. Em seguida, destaco aspetos fulcrais da HDP bem como a importância dos irmãos neste processo de cuidados através de uma análise aprofundada da literatura. A implementação de práticas colaborativas na área da saúde em contextos práticos visa otimizar as intervenções multidisciplinares, pelo que deve ser incentivada (Paiva et al., 2022).

A identificação da criança/jovem é feita com pulseira de identificação que inclui os elementos de identificação: nome completo, data de nascimento e número de processo, como é preconizado por Barroso e colaboradores (2021), por ser uma etapa crucial para a segurança nos cuidados de saúde.

A situação supramencionada relacionava-se com o tratamento via endovenosa de uma criança com o diagnóstico de pneumonia. Detollenaere e colaboradores (2023), através da análise de vários estudos, não só identificaram benefícios no tratamento domiciliário para tratamento endovenoso, mas também, para administração de quimioterapia e para crianças com diagnósticos de bronquiolite, icterícia neonatal, celulite, leucemia aguda, apendicite perfurada, neutropenia febril, diabetes *mellitus* tipo 1 e infeções agudas, bem como RN com baixo peso ao nascer. O número de tomas diárias de administração de terapêutica via endovenosa não deve ser superior a quatro (Batlle et al., 2023).

A esta criança e família era agendada uma VD por dia, salvo qualquer alteração no seu estado clínico. O agendamento das visitas domiciliárias é decidido consoante a situação clínica da criança/jovem, tratamento e via de administração e recursos da instituição que presta cuidados. Contudo, é aconselhado que esteja presente um serviço de telessaúde que dê resposta durante as 24 horas do dia, a eventuais dúvidas dos cuidadores, mantendo assim a segurança e a qualidade dos cuidados comparativamente à hospitalização convencional (Batlle et al., 2023).

A realização de uma VD pressupõe um período de recolha de dados, elencando potenciais diagnósticos de enfermagem, integrados no domínio 7 NANDA-I e na classe dois das relações familiares, que são validados através das caraterísticas definidoras e dos fatores relacionados/de risco (Herdman et al., 2021). Em seguida, foram planeadas intervenções tendo em consideração a filosofia de cuidados centrados na família e a Classificação para a Prática de Enfermagem, realçando o domínio cinco da família, através de cuidados que dão suporte à família (Bulechek et al., 2016). Uma vez que se tratou de uma visita à UHDP muito curta, não houve oportunidade de dar continuidade ao plano de cuidados.

Atuando numa perspetiva de prestação de cuidados centrados na família, o enfermeiro deve identificar e dar suporte às necessidades dos irmãos saudáveis (Gill, 2020). O recurso ao brincar terapêutico foi essencial para atrair a atenção da criança e reduzir o medo, algo facilitado pela presença do irmão mais velho. Os autores Aasen e colaboradores (2019), Flon e colaboradores (2021) e Mougel (2021) corroboram esta ideia ao considerar o brincar terapêutico e as técnicas comunicacionais (exemplo o humor) como uma estratégia com vista a alcançar a confiança da criança.

No domicílio, os enfermeiros incentivam a criança a participar ativamente nos cuidados, incentivando a sua comunicação e autonomia (Castor et al., 2018; Mougel, 2021). Esta situação destaca a importância de integrar os irmãos nos cuidados, uma vez que eles são um pilar fundamental no apoio emocional. Através da HDP os relacionamentos familiares são fortalecidos, melhorando a saúde da criança globalmente, muito devido à relação com os pais e irmãos (Young et al., 2006; Castor et al., 2019). Em HDP, a união familiar é notória e o envolvimento dos irmãos nos cuidados remete-nos para sentimentos de felicidade e reconhecimento (Castor et al., 2018).

A realização e reforço de ensinos foi primordial para a prevenção de complicações no domicílio, e para além do mais aumenta a confiança e motivação dos pais, reduzindo fatores *stressores* associados a um processo de hospitalização (Aasen et al., 2019). A capacitação parental é uma das principais funções do enfermeiro que presta cuidados em HDP, que visa fornecer um leque de conhecimentos básicos sobre a doença, dispositivos de monitorização (oxímetro, monitor de pressão arterial, balança, entre outros) e administração de terapêutica (Batlle et al., 2023).

Esta capacitação parental foi notória numa família a quem foi realizada uma VD, uma vez que no domicílio era assegurado pela cuidadora a avaliação da pressão arterial e frequência cardíaca três vezes por dia, avaliação diária do peso, administração frequente de terapêutica oral e contabilização de entradas e saídas para monitorização do balanço hídrico.

A UHDP possui um serviço de apoio telefónico durante as 24 horas do dia permitindo um acompanhamento contínuo à distância. Este apoio contínuo transmite aos cuidadores segurança e tranquilidade (Aasen et al., 2019; Holm et al., 2019).

Realça-se um estudo realizado entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022 com uma amostra de 88 crianças com idade média de 4,1 anos com o diagnóstico de infeção osteoarticular (como osteomielite, miosite ou artrite sética) que foram tratadas em regime de HDP. Aferiu-se que 100% da amostra realizou terapêutica via endovenosa no

domicílio, 2% necessitou de transferência para internamento convencional, tendo sido a média de internamento de 8,5 dias. Os custos de internamento em HDP foram 67,26% menores comparando com o internamento convencional (Agúndez Reigosa et al., 2024).

Por fim, como aspecto negativo tinha destacado o facto de ter sido dedicado um período de tempo curto à VD, o que não vai de encontro ao que analisei na evidência científica, uma vez que Flon e colaboradores (2021) referem que na HDP um dos fatores positivos é o tempo que o profissional de saúde tem para dedicar a cada criança, sendo o espaço para esclarecimento de dúvidas maior.

2.5. CONCLUSÕES

Rodrigues e colaboradores (2015) consideram que as transformações que ocorrem em saúde requerem uma mudança de atitude profissional, que se manifeste nas relações humanas e considere como foco a pessoa no processo de humanização do cuidar, valorizando o contexto existencial, que neste caso é o domicílio.

A aquisição de conhecimentos, através da revisão de literatura realizada previamente a esta VD, foi essencial para compreender o fenómeno da HDP na prática, conseguindo interligar com a componente teórica. Após término da visita e ao analisar a literatura científica com enfoque na importância dos irmãos em HDP, deparei-me com informação insuficiente sobre o assunto, tendo associado a falta de informação ao facto de ainda ser uma área pouco estudada.

A vivência do processo de hospitalização no domicílio, principalmente pelo envolvimento com os irmãos, pareceu facilitar o processo de transição saúde-doença, pelo que a prática da HDP deve ser incentivada em Portugal.

2.6. PLANO DE AÇÃO

A elaboração desta reflexão crítica permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a temática da HDP e aumentou a minha consciencialização para a necessidade de implementá-la noutros hospitais portugueses, uma vez que através da mesma os ganhos para a criança/jovem e família são enaltecidos, comparativamente com a hospitalização convencional.

Deste modo, autores como Batlle e colaboradores (2023), no futuro sugerem um esforço conjunto a nível das instituições, no sentido da criação de unidades de referência de HDP, dado que diversas patologias podem ser geridas em ambiente domiciliar. A expansão da HDP é uma prática promissora em Portugal, uma vez que pode dar uma

resposta mais eficaz às necessidades das crianças/jovens e famílias de quem o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) cuida.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da presente reflexão crítica e reflexiva permitiu-me analisar a prática da HDP num hospital em Portugal. Este processo contribuiu assim, para um enriquecimento tanto a nível pessoal como profissional e ganhos a nível da aquisição de competências do EESIP.

Salvaguardando as vantagens de cariz económico e organizacional que a HDP acarreta, a criança/jovem e família são quem mais beneficia da aplicação deste modelo alternativo à hospitalização convencional (Batlle et al., 2023), pelo que a sua prática deve ser amplamente incentivada.

O final de uma etapa requer uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados e, também, acerca da aprendizagem resultante da experiência que tive. Após a elaboração desta reflexão crítica, posso afirmar que atingi o objetivo geral proposto, o que permitiu a aquisição de competências no domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional.

No âmbito desta reflexão crítica, fiquei mais desperta para determinados aspetos práticos relativos à HDP, bem como sobre a importância desta temática em saúde infantil e pediátrica, em especial nos EESIP, que deverão ser promotores de novo conhecimento e de ganhos em saúde. Acredito que esta reflexão crítica seja útil para melhorar a qualidade e eficácia dos cuidados que presto diariamente e aumentar as minhas capacidades reflexivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasen, L., Ponton, I. G., & Johannessen, A. M. (2019). Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(1), 102–110. https://doi.org/10.1111/scs.12606

Aftyka, A., Rozalska-Walaszek, I., Wróbel, A., Bednarek, A., Dąbek, K., & Zarzycka, D. (2017). Support provided by nurses to parents of hospitalized children – cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(4), 1012–1021. https://doi.org/10.1111/scs.12426

Agúndez Reigosa, B., Cabrera López, I. M., Sánchez Marcos, E., Galán-Olleros, M., Sánchez Olivier, M., Calleja Gero, L., & Jiménez García, R. (2024). Hospital at Home Program for the Treatment of Pediatric Osteoarticular Infections. *Hospital Pediatrics*, *14*(2), 75–83. https://doi.org/10.1542/hpeds.2023-007265

Alves, L. L., Silva, L. F. D., Cursino, E. G., Góes, F. G. B., Silva E Sousa, A. D. R., & Moraes, J. R. M. M. D. (2019). Preparation of the discharge of relatives of children using antibiotics: Contributions of nursing. *Escola Anna Nery*, *23*(4), e20190108. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0108

Alves, R., Saar, S., & Sant'Anna, C. (2018). The Main Questions Of Pediatricians About Children And Adolescents With Tuberculosis. *Residência Pediátrica*, *8*(1), 27–37. https://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8n1-04

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Batlle, A., Aldemira, A., Agúndez, B., Cabrera, I., Esquerdo, E., López, S., Achotegui, A., Villalón, C., & De Sevilla, M. F. (2023). Home hospitalization of the acute patient: A new approach to care. *Anales de Pediatría (English Edition)*, *99*(5), 329–334. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2023.08.015

Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K. (2019). Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *40*(spe), e20180337. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337

Borges, M., Rocha, A. P., Veiga De Macedo, C., Milheiro Silva, T., Gouveia, C., Candeias, F., & Brito, M. J. (2022). Tuberculose em Idade Pediátrica: Experiência de 12

Anos num Centro Terciário de Referência em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *35*(5), 367–375. https://doi.org/10.20344/amp.16474

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem* (6ª). Elsevier.

Castor, C., Hallström, I. K., Landgren, K., & Hansson, H. (2019). Accessibility, utilisation and acceptability of a county-based home care service for sick children in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(4), 824–832. https://doi.org/10.1111/scs.12678

Castor, C., Landgren, K., Hansson, H., & Kristensson Hallström, I. (2018). A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), 224–231. https://doi.org/10.1111/hsc.12512

Cerejeira, I., Lourenço, M., Maciel, E., & Ferreira, N. (2023). Avaliação sistemática dos cuidados e dos indicadores de enfermagem. Em M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Ambientes de Prática de Ennfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 168–178). Lidel.

Ciupitu-Plath, C., Tietz, F., & Herzberg, J. (2021). Parent needs assessment instruments in neonatal intensive care units: Implications for parent education interventions. *Patient Education and Counseling*, *104*(11), 2661–2669. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.022

Cotta, R. M. M., Suárez-Varela, M. M., González, A. L., Filho, J. S. C., Real, E. R., & Ricós, J. A. D. (2001). La hospitalización domiciliaria: Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *10*(1), 45–55. https://doi.org/10.1590/S1020-49892001000700007

Dall'Oglio, I., Mascolo, R., Gawronski, O., Tiozzo, E., Portanova, A., Ragni, A., Alvaro, R., Rocco, G., & Latour, J. M. (2018). A systematic review of instruments for assessing parent satisfaction with family-centred care in neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, *107*(3), 391–402. https://doi.org/10.1111/apa.14186

Despacho n.º 9323-A/2018, Diário da República, 2.ª série—N.º 191—3 de outubro de 2018 26900 (2018).

Detollenaere, J., Van Ingelghem, I., Van Den Heede, K., & Vlayen, J. (2023). Systematic literature review on the effectiveness and safety of paediatric hospital-at-home care as a substitute for hospital care. *European Journal of Pediatrics*, *182*(6), 2735–2757. https://doi.org/10.1007/s00431-023-04916-2

Flon, M. de, Glaffey, G., Jarl, L., Sellbrant, K., & Nilsson, S. (2021). The Childhood Cancer Centre Is Coming Home: Experiences of Hospital-Based Home Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6241. https://doi.org/10.3390/ijerph18126241

Fonseca, R. B., & Galvão, A. (2023). Promoção da Literacia em Saúde nas Organizações de Educação e de Saúde: Uma Reflexão. Em C. V. Almeida & I. Fragoeiro, *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas* (pp. 89–100). PACTOR.

Freitas, M., Parreira, P., & Domingues, J. (2016). Assessment of the psychometric properties of the Patient Satisfaction with Hospital Nursing Care Scale. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(10), 9–18. https://doi.org/10.12707/RIV16031

Garfein, R. S., Liu, L., Cuevas-Mota, J., Collins, K., Muñoz, F., Catanzaro, D. G., Moser, K., Higashi, J., Al-Samarrai, T., Kriner, P., Vaishampayan, J., Cepeda, J., Bulterys, M. A., Martin, N. K., Rios, P., & Raab, F. (2018). Tuberculosis Treatment Monitoring by Video Directly Observed Therapy in 5 Health Districts, California, USA. *Emerging Infectious Diseases*, *24*(10), 1806–1815. https://doi.org/10.3201/eid2410.180459

Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing* (1ª). Oxford Center for Staff and Learning Development.

Gill, M. A. (2020). Making Space for Siblings in Family- Centered Care. *Pediatric Nursing*, *46*(1), 48–51.

Guix-Comellas, E. M., Rozas-Quesada, L., Velasco-Arnaiz, E., Ferrés-Canals, A., Estrada-Masllorens, J. M., Force-Sanmartín, E., & Noguera-Julian, A. (2018). Impact of nursing interventions on adherence to treatment with antituberculosis drugs in children and young people: A nonrandomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(8), 1819–1830. https://doi.org/10.1111/jan.13692

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions and classification, 2020-2023* (Twelfth edition). Thieme.

Holm, K. G., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A. C., & Clemensen, J. (2019). Parent perspectives of neonatal tele-homecare: A qualitative study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *25*(4), 221–229. https://doi.org/10.1177/1357633X18765059

Magalhães, A., Rocha, B., Cunha, E., Pestana, H., Rodrigues, L., & Abreu, M. (2013). Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose. *Direção-Geral da Saúde*.

Marques, L. D. F. G., & Romano-Lieber, N. S. (2014). Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: Estudo exploratório1. *Saúde e Sociedade*, *23*(4), 1431–1444. https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400025

Mateus, F. J. D., & Sousa, P. M. da S. J. (2016). Satisfação dos pais com os cuidados na UCIP. Em *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (pp. 105–127). Copyright.

Mendes, C. C., Unger, R. J. G., Araújo-Jorge, T. C. D., & Carvalho, A. C. C. (2023). Tuberculosis in adolescence: An integrative review focusing on patient-centered care. *Revista Paulista de Pediatria*, *42*, e2023027. https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2023027

Mendes, W. (2001). *Home care: Uma modalidade de assistência à saúde*. UnATI, UERJ.

Miles, M. S., Carlson, J., & Brunssen, S. (1999). The Nurse Parent Support Tool. *Journal of Pediatric Nursing*, *14*(1), 44–50.

Mougel, S. (2021). Paroles d'enfants, paroles sur l'enfant atteint de cancer en hospitalisation pédiatrique à domicile. *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, *23*.

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática* (1ª). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Aprovado por unanimidade, sem alterações, na assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017, em Leiria.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.

Paiva, I., Sousa, F., & Lucas, M. (2022). *Contributo da gestão para a visibilidade dos cuidados de enfermagem* (Por M. Frederico & F. Sousa; pp. 63–73). Lidel.

Pestana, H. C. F. C., Matos, E. T., Henriques, E. E. S. L. M., Albuquerque, M. M. L. A., Santos, R. M. da S. M., & Monteiro, T. I. G. (2013). *Tuberculose—Guia Orientador de Boa Prática* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.

Rodrigues, B. M. R. D., Peres, P. L. P., & Pacheco, S. T. D. A. (2015). Boas práticas de maternança na perspectiva bioética: Uma contribuição para a enfermagem pediátrica.

Revista Enfermagem UERJ, *23*(4). https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.18944

Rossetto, E. G., Martins, T. B., & Albamonte, N. (2011). Adaptação Transcultural e Validação do Instrumento Nurse Parent Support Tool para a Língua Portuguesa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *10*(2), 1–10.

Saucedo, P., Goicochea, L., Martínez, M., Rodríguez, M. J., & Pirez, C. (2022). Tuberculosis pulmonar y laríngea: Una forma poco frecuente de presentación en la edad pediátrica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *93*(1). https://doi.org/10.31134/AP.93.1.3

Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, *26*, 175–190.

Sousa, M. G. R. C. (2016). Satisfação dos pais em relação aos cuidados de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos—Aplicação da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, *4*(1/2), 14–19.

Sousa, P. M. da S. J., & Meneses, T. C. V. (2016). A formação enquanto estratégia para o desenvolvimento de competências. Em *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (pp. 283–297). Copyright.

Turan, T., Başkale, H., & Öncel, G. (2016). Determining the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Nurse-Parent Support Tool and the Stress Levels of Parents of Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clinical Nurse Specialist*, *30*(3), E1–E10. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000204

Valadão, S. M. A. (2012). *Contributo para a Adaptação Intercultural da Escala "Nurse Parent Support Tool" para a Realidade Portuguesa* [DISSERTAÇÃO]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

World Health Organization. (2023). *Global Tuberculosis Report*.

Young, N. L., Barden, W., McKeever, P., Dick, P. T., & The Tele-HomeCare Team6. (2006). Taking the call-bell home: A qualitative evaluation of Tele-HomeCare for children. *Health and Social Care in the Community*, *14*(3), 231–241. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00615.x

Zhang, S., Li, X., Zhang, T., Fan, Y., & Li, Y. (2016). The experiences of high school students with pulmonary tuberculosis in China: A qualitative study. *BMC Infectious Diseases*, *16*(1), 758. https://doi.org/10.1186/s12879-016-2077-y

APÊNDICE IV - Diagnóstico de Situação: Serviço de Neonatologia

Com o objetivo de reconhecer potencialidades, focos de intervenção e compreender a realidade do contexto, foi realizada numa fase inicial uma pesquisa sobre normas, procedimentos e protocolos. Posteriormente, decorreu uma reunião com a enfermeira orientadora com a finalidade de conhecer o plano de ação do serviço, discutir o guia e a ficha da unidade curricular e apresentar o meu tema da revisão de literatura, a Hospitalização Domiciliária Pediátrica. Em seguida, foram adotadas três técnicas de recolha de dados: observação participante; entrevista não estruturada e questionário.

Observação participante

A observação participante compreende a interação entre o observador e os observados. O observador ao integrar-se no contexto, participa na experiência e faz um levantamento de dados, vislumbrando os elementos físicos, sociais, culturais e históricos, com o propósito de identificar áreas de intervenção (Néné & Sequeira, 2022).

Houve um enfoque na área da capacitação parental e transição de cuidados para o domicílio, de forma a direcionar para a temática em estudo. Foi detetado que no serviço existe um livro de preparação para a alta em duas versões, uma impressa e outra em formato pdf, que é disponibilizada aos pais por email numa fase inicial do internamento.

Durante a leitura de protocolos do serviço, detetei a necessidade de atualização do protocolo referente ao procedimento "técnica do canguru", uma vez que a última versão dizia respeito ao ano de 2014. Por outro lado, na observação dos pais notei sentimentos de insegurança na prestação de cuidados, mas com esperança na recuperação do seu filho e na transição rápida para o domicílio.

Entrevista não estruturada

Simultaneamente, com a primeira fase, foi realizada uma entrevista não estruturada à equipa de enfermagem, maioritariamente à Enfermeira responsável e à Enfermeira orientadora com o intuito de recolher opiniões e necessidades major do serviço.

Durante esta entrevista, descobri a existência de 17 grupos de trabalho distribuídos por todos os elementos da equipa de enfermagem designados de: alimentação oral; amamentação; ambiente saudável; apoio aos pais; canguru; cuidados à pele; cuidados paliativos; dor; Educação Para a Saúde; *follow up*; posicionamentos; prevenção e controlo de infeção; promoção do desenvolvimento infantil; qualidade e segurança do doente; registos de enfermagem; sono e ventilação. Enquadrado na temática da Hospitalização

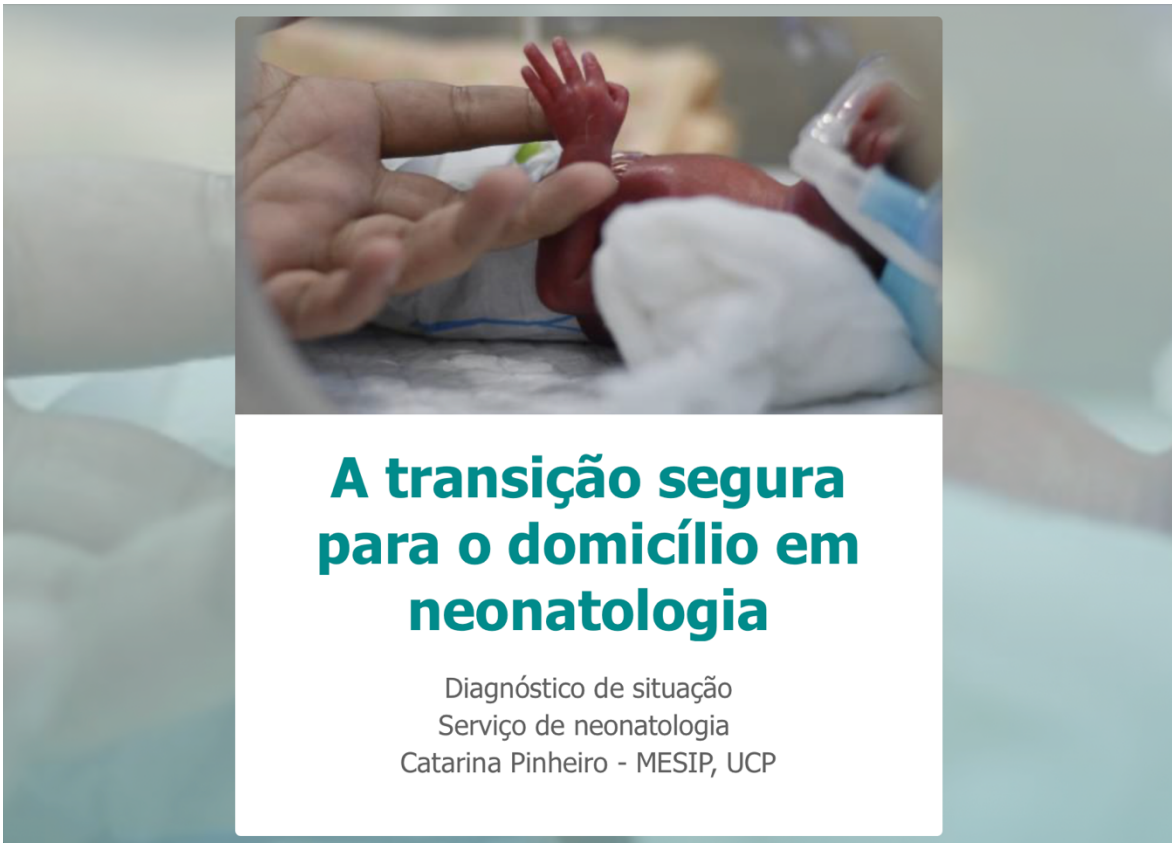
Domiciliária Pediátrica, dos grupos mencionados destaco o grupo da Educação Para a Saúde e o grupo do "*follow* up" destinado ao seguimento e continuidade de cuidados das famílias durante a transição para o domicílio nas primeiras 48 horas após a alta. Assim, tenciono contribuir para a literacia em saúde e capacitação parental, a fim de diminuir o impacto da transição para o domicílio em situações saúde-doença, onde se inclui a prematuridade, uma vez que segundo Fonseca & Galvão (2023) os profissionais de saúde são agentes promotores da mudança através da literacia em saúde, onde realço a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Através da Enfermeira responsável surgiu a necessidade de humanizar o espaço físico destinado exclusivamente aos pais, uma vez que foi designado como pouco acolhedor.

Questionário

Numa última fase, optei pela realização de um questionário à equipa de enfermagem, de modo detetar o máximo de necessidade da equipa e afinar o diagnóstico de situação, uma vez que sendo uma equipa grande se tornaria difícil aferir as opiniões de todos os elementos através de outro método de recolha de dados. Para a aplicação do mesmo foi utilizada a plataforma online *Microsoft Forms*, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

De forma a abranger a maior amostra possível, divulguei a finalidade do questionário bem como o modo de acesso ao mesmo durante os turnos que realizei na primeira semana e o link de acesso foi partilhado com a enfermeira orientadora que prontamente se disponibilizou em divulgá-lo no grupo da equipa de enfermagem. O questionário, apresentado em seguida, foi disponibilizado a 38 enfermeiros, obtendo-se uma taxa de resposta de (55,3%).



Secção 1 ...

Transição para o domicílio em neonatologia

O meu nome é Catarina Pinheiro e frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Este questionário foi realizado no âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" de modo a dar a conhecer a minha temática da revisão de literatura "A Experiência Vivenciada pela Criança e Família no Contexto de Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Revisão sistemática qualitativa". Com este questionário pretendo avaliar a pertinência da temática e proceder ao diagnóstico da situação neste contexto assistencial.
Será garantida a confidencialidade e o anonimato.
Agradeço desde já a sua colaboração.

1. Considera que neste serviço de neonatologia estão internados recém-nascidos pré-termo e termo que poderiam ter alta precoce, com critérios definidos à priori, se houvesse um apoio permanente (presencial e por telessaúde) disponibilizado por uma equipa especializada? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

2. Se respondeu sim à pergunta anterior, quais os diagnósticos de enfermagem da díade que considera mais comuns que impeçam uma transição precoce para o domicílio? *

- [ ] Alimentar-se comprometido e/ou Ingestão nutricional comprometida
- [ ] Dor e/ou desconforto
- [ ] Sono comprometido
- [ ] Dispneia e/ou respiração comprometida e/ou necessidade de oxigenoterapia
- [ ] Parentalidade comprometida e/ou coping familiar comprometido e/ou processo familiar comprometido
- [ ] Infeção - necessidade de ATB IV
- [ ] Atraso de crescimento e/ou desenvolvimento do recém-nascido comprometido
- [ ] Dificuldade na amamentação
- [ ] Falta de conhecimento e/ou insegurança
- [ ] Integridade dos tecidos comprometida e/ou pele comprometida

3. Na facilitação do processo de transição dos pais e recém-nascidos pré-termo e termo: Qual/quais das seguintes medidas considera pertinente(s) implementar/modificar? *

- [ ] Grupo de pais: com presença de EESIP e pais de RN próximos da transição para o domicílio com formação de uma temática, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências entre pais
- [ ] Alterar a aparência da sala dos pais para esta ficar mais acolhedora/humanizada
- [ ] Atualizar o protocolo do método canguru

4. Apresente o que considera como lacunas/sugestões de melhoria na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito do processo de transição do recém-nascido e família para o domicílio *

Introduza a sua resposta

Secção 2 ...

Hospitalização Domiciliária Pediátrica

5. Conhece o conceito e a aplicação da Hospitalização Domiciliária Pediátrica em Portugal? *

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Já ouvi falar, mas não sei pormenores

6. Considera pertinente a sua aplicação de modo a reduzir o impacto negativo da hospitalização convencional e permitir altas precoces para o domicílio, diminuindo o impacto da transição? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

7. Se respondeu sim à pergunta anterior, gostaria de assistir a uma sessão de formação sobre a temática, com enfoque na neonatologia e telessaúde? *

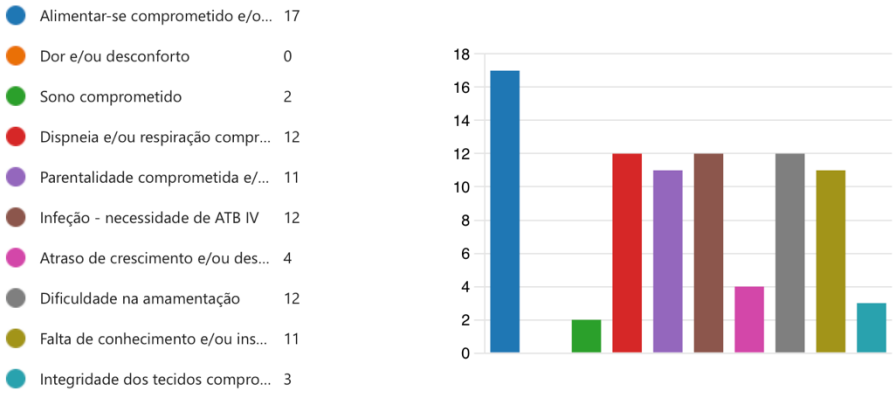
- ◯ Sim
- ◯ Não

Em seguida os dados referentes ao questionário foram extraídos, analisados e interpretados.

O questionário apresenta um texto introdutório expondo a finalidade da sua realização, seguido de sete perguntas dispostas em duas secções distintas. Na primeira secção são elencadas perguntas relativas à possibilidade de haver uma alta precoce, os diagnósticos mais frequentes que a impedem e como facilitar o processo de transição para o domicílio. Na segunda secção, é abordada a temática da Hospitalização Domiciliária Pediátrica, de modo a avaliar a sua pertinência. Os dados foram interpretados no sentido de avaliar a qualidade e pertinência do problema e com a finalidade de definir as necessidades primordiais do contexto de estágio e conseguir delinear objetivos específicos e atividades a desenvolver.

Através da análise das respostas do questionário, na primeira secção, houve unanimidade (100% da amostra) que a presença de uma equipa especializada a proporcionar apoio permanente ao domicílio (presencial e por telessaúde) permitiria altas precoces em segurança. Em seguida, perante os diagnósticos extraídos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem presentes na segunda pergunta e tendo em consideração a opinião proveniente da equipa de enfermagem, o atraso no processo de transição para o domicílio pode ser devido maioritariamente pelos seguintes diagnósticos de enfermagem: alimentar-se comprometido e/ou ingestão nutricional comprometida; dispneia e/ou respiração comprometida e/ou necessidade de oxigenoterapia; parentalidade comprometida e/ou *coping* familiar comprometido; infeção – necessidade de antibioterapia via endovenosa; dificuldade na amamentação e falta de conhecimento e/ou insegurança, o que é demonstrado no gráfico apresentado em seguida.

Gráfico 1: Diagnósticos de enfermagem mais frequentes



Para facilitar o processo de transição dos pais e recém-nascido, a estratégia da implementação de um grupo de pais com presença de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica onde será realizada a formação aos pais de temáticas fulcrais para o cuidar no domicílio, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências entre pais, foi apreciada como pertinente por 100% dos enfermeiros que responderam ao questionário. Por outro lado, apenas 4% manifestou a importância de atualizar o protocolo do método canguru e 19% em alterar a aparência da sala dos pais, pelo que optei por não intervir nesses dois focos de atenção. Na mesma linha orientadora, apresentaram lacunas/sugestões de melhoria na prestação de cuidados no âmbito do processo de transição que são apresentadas em forma de quadro em seguida.

Quadro 1 - Lacunas/sugestões de melhoria na prestação de cuidados

Participantes	**Resposta**
P1	"Penso que os ensinos para a alta deveriam ser feito mais precocemente"
P2	"Preparação da alta"
P3	"Maior envolvimento familiar na fase pré alta, com local (quarto individual) para os pais passarem a noite com o seu bebé de forma autónoma"
P4	"Equipa de apoio domiciliário"
P5	"Ter uma equipa de enfermagem de apoio ao domicílio, que visita a família antes e após alta de forma a melhorar a capacitação dos pais com o RN prematuro"
P6	"Considero que por vezes os pais não estão no serviço e na parceria de cuidados tanto tempo quanto desejado por diversos motivos da sua vida familiar e por essa razão os profissionais de saúde não se sentem confortáveis em dar alta precoce ao recém nascido. Considero as reuniões da parentalidade que realizamos muito importantes no entanto penso que se fossem dirigidas ou se se criassem novas reuniões para a transição para o domicílio seria uma ótima aposta"
P7	"Implementar sessões de partilha e esclarecimento de dúvidas nos bebés que estão em pré-alta e criar uma equipa de apoio ao domicílio no período pós alta no primeiro mês"

P8	"Condições para permanência parental durante o período pré alta. Disponibilidade de recursos humanos para realizar educação para a saúde."
P9	"Faltas de apoio de profissionais e instituições no pós-alta ; Falta de "disponibilidade" para realização de ensinos pré-alta; Insegurança dos pais; Insegurança dos profissionais para os pais prestarem cuidados em determinadas necessidades do bebé;"
P10	"Dotações seguras"
P11	"Penso que nesta unidade há essa preocupação é realizamos diversos ensinos para a alta. Inclusive até enviamos livro da alta aos pais."
P12	"."
P13	"Capacitação parental"
P14	"Algum elemento da equipa de enfermagem destinado à capacitação dos pais"
P15	"Processo de alta"
P16	"Mais formações para preparar a alta"
P17	"Mais reuniões com os pais"
P18	"A equipa do *follow up* fazer visitas presenciais às famílias pré e pós alta"
P19	"Os pais numa mesma fase do processo de transição poderem partilhar experiências entre eles"
P20	"."
P21	"Alta"

Após análise da tabela supramencionada foi notório haver lacunas/aspetos a melhorar no processo de alta/transição para o domicílio, com necessidade de um maior envolvimento dos pais. Alguns elementos da equipa de enfermagem realçaram o quão seria importante a criação de uma equipa de apoio domiciliário, que pudesse ser constituída, por exemplo, pelos membros do grupo de trabalho do "*follow up*", e a criação de novas reuniões dirigidas para a transição para casa com o propósito de melhorar a capacitação dos pais. Foi mencionado a falta de recursos humanos para a Educação Para a Saúde e, por outro lado, a importância da partilha de experiências entre os pais que estejam numa mesma fase do processo de transição. Em suma, a principal sugestão obtida

do questionário remete para a preparação na fase pré alta, onde se inclui a Educação Para a Saúde e a capacitação parental, sendo a intervenção nesta área fulcral.

Na segunda secção conclui-se que a equipa de enfermagem reconhece como relevante a temática da Hospitalização Domiciliária Pediátrica, sendo esta totalmente desconhecida para 14% da amostra e 71% revelaram já ter ouvido falar do tema, mas não conhecerem pormenores. Consideram pertinente a Hospitalização Domiciliária Pediátrica por forma a reduzir as consequências negativas da hospitalização, diminuindo o impacto da transição para o domicílio bem como a realização de uma sessão de formação alusiva ao tema com enfoque na neonatologia e telessaúde.

Tendo em consideração a forte tendência multicultural, todos os materiais de apoio informativos, bem como as técnicas comunicacionais utilizadas, que sejam apresentados aos pais serão adaptados a cada família, personalizando os cuidados prestados e promovendo a segurança na prestação de cuidados no domicílio por parte dos pais.

APÊNDICE V - Plano de Projeto – Serviço de Neonatologia

Quadro 1 – Planeamento das atividades inerentes ao 1º objetivo

Objetivo Específico: Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento do recém-nascido de termo e pré-termo				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de Resultado**	**Indicadores de impacto**	**Indicadores de Estrutura (recursos)**
-Prestar cuidados ao RN de termo e pré-termo em contexto de neonatologia	-Realização da admissão e acolhimento da criança e família; -Incentivo e treino da técnica do canguru; -Promoção de medidas não farmacológicas no controlo da dor do RN; -Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; -Prestação de cuidados especializados ao RN prematuro com supervisão da enfermeira orientadora; -Preparação da alta antecipadamente, desde uma fase inicial do internamento; -Realização de registos de enfermagem no sistema informático em vigor na unidade.	-Cuidados de enfermagem promotores do crescimento e desenvolvimento do RN; -Comunicação efetiva entre o enfermeiro e a família; -Satisfação dos cuidadores com o processo de alta; -Registos uniformes com os cuidados prestados.	Competências comuns do EE: A1; A2 Unidades de competência: A1.1; A2.1; A2.2; C1.1; D2.3 Competências específicas do EESIP: E1; E2; E3 Unidades de competência: E1.1; E2.1.1; E2.2; E3.2	Materiais: -Bases de dados/livros -Computador -Sistema informático -Instrumentos de avaliação do RN Humanos: -Equipa de enfermagem -Pais Financeiros: -Não aplicável

Quadro 2 – Planeamento das atividades inerentes ao 2º objetivo

Objetivo Específico: Contribuir para a uniformização das práticas de capacitação parental e preparação para a alta em neonatologia, com enfoque na transição para o domicílio				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de Resultado**	**Indicadores de impacto**	**Indicadores de Estrutura (recursos)**
-Contribuir para a autonomia parental na prestação de cuidados	-Identificação de necessidades de educação para a saúde nas famílias; -Ensino e treino das famílias para que se sintam seguras na prestação de cuidados ao RN; -Incentivo e apoio da amamentação e/ou alimentação com leite materno.	-Famílias seguras na prestação de cuidados ao RN; -Alimentação efetiva.	Competências comuns do EE: A2; B2; D2 Unidades de competência: A2.1; B2.2; D2.3	Materiais: -Computador -Projetor -Literatura científica -*Microsoft PowerPoint* -*Microsoft Word*

-Criar grupos de pais para aumento da capacitação parental	-Criação de um grupo de pais com reuniões bimensais, moderado por EESIP, com divulgação de conhecimentos sobre educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências entre pais. -Divulgação de informação científica aos pais sobre sinais de alarme no RN; -Elaboração e fornecimento de uma guia elucidativo sobre a lavagem nasal e vigilância de sinais de dificuldade respiratória. -Elaboração de uma vídeo demonstrativo sobre atuação perante o engasgamento no RN; -Elaboração de um cartaz informativo sobre atuação perante o engasgamento no RN.	-Famílias mais capacitadas sobre os cuidados ao RN; -Taxa de sucesso da formação em grupo de pais	<u>Competências específicas do EESIP:</u> E1; E3 Unidades de competência: E1.1; E.3.4	-Impressora <u>Físicos:</u> -Espaço físico no serviço -Mesas -Cadeiras <u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora -Pais disponíveis e num processo de transição para o domicílio <u>Financeiros:</u> -Inerentes à impressão de materiais

Quadro 3 – Planeamento das atividades inerentes ao 3º objetivo

Objetivo Específico: Colaborar na gestão dos cuidados, otimizando o processo de transição para o domicílio				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de Resultado**	**Indicadores de impacto**	**Indicadores de Estrutura (recursos)**
-Participar no serviço de *follow up*	-Participação ativa no seguimento das famílias após a alta através do serviço de *follow up* já em vigor no serviço; -Esclarecimento de qualquer dúvida apresentada pelos pais; -Encaminhamento de situações que requeiram ajuda diferenciada ou comunitária; -Registo informático da consulta de *follow up* no *BSimple.*	-Realizar pelo menos o acompanhamento de uma família através do serviço de *follow up*.	Competências comuns do EE: B2 Unidades de competência: B2.1.2; B2.1.4 Competências específicas do EESIP: E1 Unidades de competência: E1.1	Materiais: -Nota de alta -Computador -Telemóvel do serviço -Sistema informático Humanos: -Enfermeira orientadora -Famílias com alta nas últimas 48 horas Financeiros: Não aplicável

-Contribuir para a uniformização dos registos	-Uniformização dos registos da carta de alta, carta de transferência interna e carta de transferência externa de enfermagem.	-Registos de enfermagem efetivos.		<u>Materiais:</u> -Computador -Sistema informático <u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora -Famílias com alta ou necessidade de transferência para o internamento de pediatria ou outro hospital <u>Financeiros:</u> -Inerentes à impressão de materiais

Quadro 4 – Planeamento das atividades inerentes ao 4º objetivo

Objetivo Específico: - Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da HDP				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de Resultado**	**Indicadores de impacto**	**Indicadores de Estrutura (recursos)**
-Divulgação de informação científica	-Elaboração de uma sessão formativa sobre a HDP com enfoque em neonatologia e telessaúde para exposição à equipa de enfermagem.	-Taxa de sucesso da formação.	Competências comuns do EE: D2 Unidades de competência: D2.1	Materiais: -Computador -Apresentação em *powerpoint* -Plataforma *online* Humanos: -Equipa de enfermagem Financeiros: -Não aplicável.
Cronograma: A sessão será planeada para o dia 04/10 via *Teams*, de modo a abranger um maior número de participantes.				

APÊNDICE VI - Sessão de Formação: “Sinais de alarme no recém-nascido prematuro – Uma transição segura para o domicílio”

Após realização do diagnóstico de situação a sessão formativa foi planeada:

Quadro 1 – Plano da sessão de formação

Sessão de Formação: "Sinais de alarme no recém-nascido prematuro – Uma transição segura para o domicílio"		**Pré-requisitos:** Sim	**Qual:** Pais	
Público-alvo: Pais de recém-nascidos internados no serviço de neonatologia do Hospital X				
Formadora: Catarina Pinheiro		**Número de sessões:** 1		
Data: 19/09/2023		**Duração da sessão:** 40 minutos		
Local: Sala no serviço de neonatologia				
Objetivos: Contribuir para a capacitação parental sobre os sinais de alarme no recém-nascido prematuro. Promover a reflexão sobre as dificuldades e receios dos pais no âmbito da transição para o domicílio.				
Etapas	**Conteúdos**	**Métodos**	**Recursos**	**Duração (minutos)**
Introdução	Apresentação dos participantes; Importância da deteção precoce de sinais de alarme no recém-nascido; Objetivo da sessão.	Expositivo/ interrogativo	<u>Materiais</u>: Sala; Mesa; Cadeiras; Computador; Apresentação em *PowerPoint;* Papel;	5 minutos
Desenvolvimento	Sinais de alarme que motivem procura de cuidados num serviço de urgência de pediatria; Dificuldade respiratória; Lavagem nasal;	Expositivo		15 minutos

	Sinais de alarme que motivem procura de ajuda urgente/emergente; O que fazer perante situações que não são sinais de alarme.		Canetas; Adaptador nasal; Seringa; Soro fisiológico. <u>Humanos</u>: Pais de recém-nascidos internados na neonatologia; EESIP.	
Conclusão	Resumo dos principais aspetos abordados; Discussão sobre o tema da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Partilha de experiências entre pais sobre as dificuldades inerentes ao processo de transição para o domicílio.	Expositivo		15 minutos
Avaliação	Avaliação da sessão; Finalização da sessão.	Observação/ Interrogativo através de questionário		5 minutos

Avaliação:

Será realizado um breve questionário para avaliação da sessão supramencionada.

Indicadores de Processo:

-% de pais presentes na sessão de formação

N.º de pais presentes na sessão/N.º de RN internados em Cuidados Intermédios X 100%

Deverá ser igual ou superior a 40%.

Indicadores de Resultado:

-% de respostas positivas às perguntas 5, 6 (útil ou muito útil), 7 (confiante, muito confiante) e 9

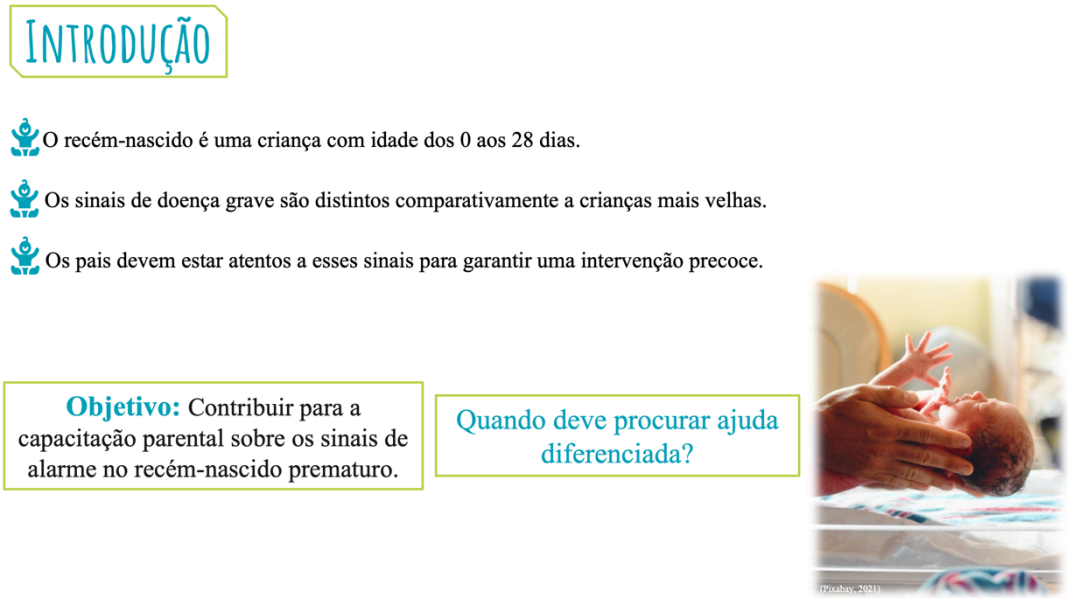
N.º de respostas positivas na avaliação da sessão/N.º perguntas do questionário (5, 6, 7 e 9)X 100%

Deverá ser igual a 80%

A sessão foi **divulgada** através da afixação do seguinte **cartaz** no serviço de neonatologia. Para além do mais, quando os pais estavam presentes no serviço, a equipa de enfermagem informava-os relativamente ao tema e data sessão, incentivando a sua presença.

Figura 1 – Cartaz de divulgação da sessão

A sessão foi conduzida tendo por base o ***PowerPoint*** apresentado em seguida.



Febre

- Pode administrar paracetamol (BENURON).

Axilar
T≥ 37,6ºC

Timpânica
T≥ 37,8ºC

Retal
T≥ 38,0ºC

Frontal
Evite
T≥ 38,0ºC

Quando me devo preocupar?
- A febre não cede com a medicação/medidas de arrefecimento;
- Um recém-nascido com febre deve ser sempre observado por um médico.

Dirigir-se a um serviço de urgência de Pediatria

- Choro débil/fraco ou inconsolável
- Gemido constante e/ou dor ao toque
- Recusa na alimentação e/ou vómitos frequentes ou em jato e/ou diarreia (ou presença de sangue nas fezes)
- Secreções amareladas/esverdeadas nos olhos
- Alterações cutâneas: palidez, edema, manchas avermelhadas, erupções cutâneas
- Icterícia (cor amarela da pele/olhos) – se agravar ou estiver nos membros inferiores
- Urina com mau cheiro e/ou eliminar pouca urina
- Fontanela (”moleirinha”) mais alta ou mais baixa do que o habitual
- Queda do berço/cama/ovo de transporte
- Cortes, feridas ou traumatismo
- Dificuldade respiratória

(iStock, 2023)

Dificuldade respiratória

Vamos identificar os sinais?

- ✓ Respiração muito rápida
- ✓ Ruído tipo apito/assobio
- ✓ Abertura rápida e acentuada das narinas
- ✓ Lábios roxos ou azulados
- ✓ Pausa respiratória prolongada
- ✓ Ruído persistente ao respirar
- ✓ Retrações ou "covinhas" ao inspirar

Perante estes sinais, o bebé deve ser observado rapidamente

Lavagem Nasal

Porque devo lavar o nariz ao meu bebé?

- ✓ Permite remover as secreções da cavidade nasal
- ✓ A obstrução nasal pode interferir com a alimentação e deixar o bebé desconfortável
- ✓ Permite o descongestionamento
- ✓ Deixa o muco mais fluído
- ✓ Previne infeções respiratórias
- ✓ Facilita a respiração

É uma técnica segura, simples, eficaz, com baixo custo e bem tolerada

Lavagem Nasal

(iStock, 2023)

Que material preciso?

- ✓ Soro fisiológico
- ✓ Seringa
  - **Até 1 mês – até 3ml**
  - Até 6 meses: 5 ml
  - Após os 6 meses: 10ml
- ✓ Adaptador nasal - opcional
- ✓ Compressas/toalha
- ✓ Pode usar aspirador nasal

Qual é a melhor posição?

Sentado

E se não conseguir com o bebé sentado?

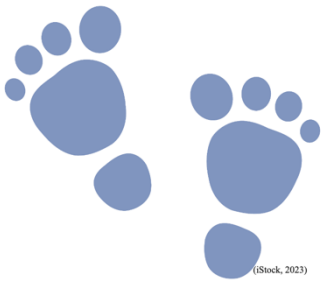
Pode fazer com o bebé deitado de lado

Quantas vezes o devo fazer?

Pelo menos duas vezes por dia (de manhã e à noite) ou sempre que achar necessário

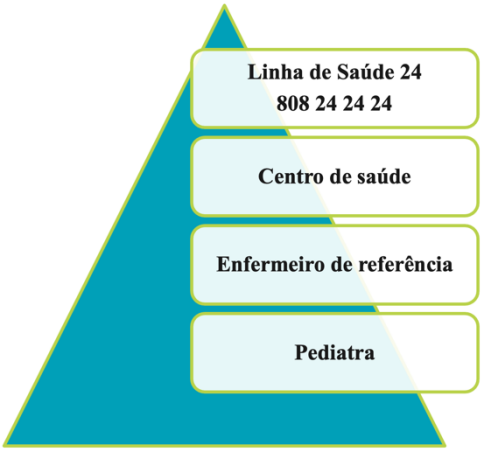
Ligar 112

- Convulsão
- Engasgamento
- Cor azulada ou cinzenta na face e/ou no corpo
- Não respira, respiração muito superficial ou com pausas prolongadas
- Corpo muito mole ou extremamente rígido
- Inconsciente ou não acorda quando estimulado
- Acidentes graves (queimaduras, intoxicações, afogamento, traumatismo da cabeça)


(iStock, 2023)

E se não for um sinal de alarme?

Se tiver outro tipo de dúvidas que não necessitem de intervenção urgente:



(iStock, 2023)

Referências Bibliográficas

- Afonso, A. C. (2017). Saúde Infantil e Juvenil—Manual Prático. Lidel.
- Bensoussan, Y., Wolter, N. E., Peer, S., Alemu, R. Z., Roy, M., & Propst, E. J. (2019). Pediatric nasopharyngeal airways expand when exposed to saline. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 126, 109595. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.109595
- Direção-Geral da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2023). Guia para pais. https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/
- Direção-Geral da Saúde. Orientação no 004/2018 de 03/08/2018, Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores (2018).
- Ferreira, C. (2021). Nascemos! E agora? (1a). Editorial Presença.
- Gallant, J.-N., Basem, J. I., Turner, J. H., Shannon, C. N., & Virgin, F. W. (2018). Nasal saline irrigation in pediatric rhinosinusitis: A systematic review. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 108, 155–162. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.03.001
- Jeffe, J. S., Bhushan, B., & Schroeder, J. W. (2012). Nasal saline irrigation in children: A study of compliance and tolerance. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 76(3), 409–413. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2011.12.022
- Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lidel.
- Wilson, D. (2014). Problemas de Saúde do Recém-Nascido. Em Enfermagem da Criança e do Adolescente: Vol. I (9a, pp. 294–330). Lusociência.

Dúvidas?
Fale com a equipa de enfermagem
Sinais de alarme no recém-nascido prematuro
Uma transição segura para o domicílio
CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO
Realizado por:
Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,
Universidade Católica Portuguesa
Revisto por:
Equipa de enfermagem do internamento de neonatologia do Hospital
Professora Doutora Joana Romeiro

No final da sessão foi entregue aos pais presentes o **folheto informativo** intitulado de **“Sabe lavar o nariz ao seu bebé?” “Sabe identificar sinais de dificuldade respiratória?”**, apresentado em seguida.

A que devo estar atento?

Vamos identificar os sinais de dificuldade respiratória

- Respiração muito rápida
- Ruído tipo apito/assobio
- Abertura rápida e acentuada das narinas
- Lábios roxos ou azulados
- Pausas respiratórias prolongadas
- Ruído persistente ao respirar
- Retrações ou "covinhas"
  - Entre/abaixo das costelas ou abaixo do pescoço

Perante estes sinais, o bebé deve ser observado por um profissional de saúde rapidamente

Como devo fazer a lavagem nasal?

1. Lavar as mãos
2. Encher a seringa com soro
3. Colocar a ponta da seringa/adaptador na entrada da narina
4. Colocar o bebé na posição que pretende e envolva-o na toalha
5. Aplicar o soro num movimento contínuo e suave, sem fazer demasiada pressão
6. Fazer o mesmo na outra narina
7. No final limpar a boca do bebé
8. Deixar o bebé descansar uns minutos antes de o alimentar
9. Limpar bem os materiais depois de usar

Elaborado por:
Enfª Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa

Revisto por:
Equipa de Enfermagem do Internamento de Neonatologia do Hospital ..... Prof. Drª Joana Romeiro

Referências Bibliográficas

SABE LAVAR O NARIZ AO SEU BEBÉ?

SABE IDENTIFICAR SINAIS DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA?

Internamento de Neonatologia

Porque devo lavar o nariz ao meu bebé?

- Permite remover as secreções da cavidade nasal
- Permite o descongestionamento
- Deixa o muco mais fluído
- A obstrução nasal (nariz entupido) pode interferir com a alimentação e deixar o bebé desconfortável
- Previne as infeções respiratórias
- Facilita a respiração

Vantagens da técnica:
- Segura
- Simples e eficaz
- Baixo custo
- Bem tolerada

Pode fazer em todas as idades, incluindo a recém-nascidos prematuros

Quando fazer?

- Pelo menos duas vezes por dia
  - De manhã
  - À noite
- Repetir as vezes que achar necessário, principalmente no inverno e antes das refeições

Que material preciso?

- Soro fisiológico
  - Nunca utilizar água, mesmo que seja engarrafada
  - Recomendado usar os individuais
  - Se optar por um frasco maior, não utilizar se estiver aberto há mais de 1 semana
  - Usar à temperatura ambiente
- Seringa
  - Até 1 mês: até 3 ml
  - Até 6 meses: 5 ml
  - Após os 6 meses: 10ml
  - Após os 2 anos: pode usar rinoduche

As quantidades deverão ser adaptadas a cada bebé

- Adaptador nasal
  - Não é obrigatório, mas recomendado
- Compressas/toalha
- Pode usar aspirador nasal

Qual a melhor posição?

- Com o bebé sentado
  - Inclinar a cabeça ligeiramente para a frente e rodar para o lado por onde vai sair o ranho
  - Inserir o soro na narina que fica em cima
  - Pode envolver o bebé numa toalha para conter os seus movimentos e deixá-lo mais confortável

E se não conseguir com o bebé sentado?

- Pode fazer a lavagem nasal com o bebé deitado de lado
  - Deve deixar a cabeça um pouco mais elevada, utilizando por exemplo uma almofada
  - Inserir o soro na narina que fica em cima
  - Repetir o procedimento nos dois lados

Por fim, para **avaliar a sessão** realizada foi aplicado um **questionário**, entregue em papel, aos pais que estiveram presentes. Este será apresentado em seguida.

O meu nome é Catarina Pinheiro, sou enfermeira e frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Este questionário foi realizado no âmbito da sessão de formação "Sinais de alarme no recém-nascido prematuro – Uma transição segura para o domicílio", com o intuito de avaliar a sessão. Deste modo, peço a sua colaboração no preenchimento do questionário apresentado em seguida.

Será garantida a sua confidencialidade e o anonimato.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Qual seu parentesco com o recém-nascido?

Mãe ___

Pai ___

Outro ___

1. O seu bebé nasceu com quantas semanas de gravidez?

_____

2. É o seu primeiro filho?

Sim ___

Não ___

3. Qual o seu nível de conhecimento prévio sobre sinais de alarme no recém-nascido?

Nenhum conhecimento ____

Fraco ____

Médio ____

Bom ____

Muito bom ____

4. Identifique três sinais de alarme em que deve ligar para o 112 se estiverem presentes no seu bebé

_____

_____

_____

5. Considera pertinente a realização desta sessão de modo a melhorar o processo de transição para casa?

Sim ____

Não ____

6. Considera o folheto informativo sobre lavagem nasal que foi fornecido durante a sessão útil para quando estiver no domicílio?

Não útil ____

Pouco útil ____

Útil ____

Muito útil ____

7. Após a sessão, como classifica a sua capacidade para identificar sinais de alarme no seu bebé?

Não confiante ____

Pouco confiante ___

Neutro ___

Confiante ____

Muito confiante ____

8. O que considera mais difícil quando o seu bebé for para casa? Identifique três sentimentos que pense experienciar

_____
_____
_____

9. Recomendaria esta sessão a outros pais que estejam com o seu bebé internado num serviço de neonatologia?

Sim ____

Não ____

Obrigada pela sua colaboração!

Para **avaliar o impacto da sessão**, em seguida são **extraídos**, **analisados** e **interpretados** os **dados referentes ao questionário** apresentado anteriormente neste apêndice.

A primeira sessão "Sinais de alarme no recém-nascido prematuro – Uma transição segura para o domicílio" decorreu no dia dezanove de setembro e contou com a presença de quatro pais de quatro RN distintos internados na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, sendo que nesse dia nos cuidados intermédios estavam internados 8 RN. O questionário foi disponibilizado em formato impresso a todos os pais presentes na sessão, sendo que a taxa de resposta correspondeu a 100%. A sessão foi moderada pela mestranda, com supervisão de um EESIP.

Dos pais inquiridos, relativamente ao parentesco com o RN, estiveram presentes três mães e um pai.

Seguidamente, são apresentadas as perguntas elencadas no questionário com análise posterior de cada resposta.

Questão 1: O seu bebé nasceu com quantas semanas de gravidez?

As idades gestacionais relatadas foram: 36s+1d; 37s; 37s+6d e 39s+6d, constando-se que apenas 25% é relativa a RN pré-termo.

Questão 2: É o seu primeiro filho?

Houve unanimidade e todos os pais já tinham pelo menos mais um filho, o que pode ter influenciado o conhecimento prévio que tinham sobre a temática apresentada.

Questão 3: Como classifica o conhecimento sobre sinais de alarme no RN que tinha antes da sessão?

75% (n=3) da amostra respondeu "fraco" e 25% classificou como "médio", o que determina que o conhecimento que possuem não é suficiente para uma transição segura para o domicílio.

Questão 4: Identifique três sinais de alarme em que deve ligar para o 112 se estiverem presentes no seu bebé

Quadro 2 – Respostas dos participantes relativas aos sinais de alarme

Participantes	**Respostas**
P1	"Acidente como queda; falta de ar; convulsão"
P2	"Falta de respiração; ter cor amarela; não querer mesmo comer"
P3	"Falta de ar; queda grave; cor diferente do habitual"
P4	"Falta de ar; cor azul ou cinzenta; corpo fraco "mole"

A partir das respostas enunciadas pelos participantes pode-se concluir que, de um modo geral, conseguiram reter aspetos importantes da formação, contribuindo para a segurança da transição para o domicílio, demonstrando a eficácia na transmissão de informação.

Questão 5: Considera pertinente a realização desta sessão de modo a melhorar o processo de transição para casa?

Todos os participantes responderam "sim", confirmando a importância da realização da sessão.

Questão 6: Considera o folheto informativo sobre lavagem nasal que foi fornecido durante a sessão útil para quando estiver no domicílio?

Da totalidade dos participantes, 75% considerou "muito útil" e 25% como "útil", o que expressa que o material fornecido será fulcral no processo de transição.

Questão 7: Após a sessão, como classifica a sua capacidade para identificar sinais de alarme no seu bebé?

Todos os participantes classificaram como "confiante" a sua capacidade na identificação de sinais de alarme. Tendo em conta a resposta à questão três, o nível de conhecimento, do ponto de vista dos pais, aumentou substancialmente após o término da sessão, significando que a transmissão de conhecimentos foi eficaz.

Questão 8: O que é que acha que será mais difícil, para si, quando o seu bebé for para casa? Identifique três sentimentos que pense experienciar

Quadro 3 – Respostas dos participantes relativas aos sentimentos experienciados

Participantes	**Respostas**
P1	"Medo; ansiedade; alegria por ter a minha filha em casa"
P2	"Cansaço; acordar à noite; cuidar de duas filhas"
P3	Não respondeu
P4	"Ter mais atenção à mais velha; horário de acordar; saídas em família"

Analisando as respostas conclui-se que os participantes não responderam totalmente ao pretendido, contudo evidenciaram-se sentimentos de medo, ansiedade e cansaço e preocupações sobre rotinas e gestão familiar, essencialmente no cuidar dos outros filhos.

Questão 9: Recomendaria esta sessão a outros pais que estejam com o seu bebé internado num serviço de neonatologia?

A totalidade da amostra respondeu "sim", pelo que se considera que esta sessão pode e deve ser replicada no futuro no serviço em questão, no âmbito da capacitação parental.

Questão 10: Como classifica o conhecimento que tem sobre sinais de alarme no recém-nascido após assistir à sessão?

Relativamente ao conhecimento após a sessão, 25% classificou como "médio", 50% como "bom" e 25% como muito bom.

Em suma, podemos concluir que o grupo de pais reconheceu a importância da sessão de educação para a saúde bem como do material disponibilizado, denotando-se a importância da replicação da mesma sessão no futuro.

Relativamente aos indicadores, o indicador de processo proposto (40%) foi atingido com sucesso em 50% ((4/8)X100%). Quanto ao indicador de resultado, previamente proposto para ser superior a 80%, foi amplamente atingido havendo 100% de respostas positivas (((4+4+4+4)/16)X100%).

Quanto aos sentimentos evidenciados pelos pais, considero que a presença apenas de sentimentos negativos pode-se dever ao facto de a transição ainda não ter ocorrido, pelo que os participantes ainda integram uma fase de desconhecimento. Contudo, a identificação por parte dos mesmos de sinais de alarme no RN predispõe que a transição seja mais suave e mais segura, por estarem mais confiantes na sua prestação de cuidados enquanto pais, sem um apoio continuado de um profissional de saúde.

APÊNDICE VII - Sessão de Formação: “O meu bebé engasgou-se! E agora?”

Após realização do diagnóstico de situação a sessão formativa foi planeada:

Quadro 1 – Plano da sessão de formação

Sessão de Formação: "O meu bebé engasgou-se! E agora?"		**Pré-requisitos:** Sim Qual: Pais		
Público-alvo: Pais de recém-nascidos internados no serviço de neonatologia do Hospital X				
Formadora: Catarina Pinheiro		**Número de sessões:** 1		
Data: 03/10/2023		**Duração da sessão:** 40 minutos		
Local: Sala no serviço de neonatologia				
Objetivos: Contribuir para a capacitação parental sobre o engasgamento no recém-nascido. Promover a reflexão sobre as dificuldades e receios dos pais no âmbito da transição para o domicílio.				
Etapas	**Conteúdos**	**Métodos**	**Recursos**	**Duração (minutos)**
Introdução	Apresentação dos participantes; Importância da prevenção/deteção de situações de engasgamento; Objetivo da sessão.	Expositivo/ interrogativo	Materiais: Sala; Mesa; Cadeiras; Computador; Apresentação em vídeo; Papel; Canetas;	5 minutos
Desenvolvimento	Apresentação de vídeo sobre engasgamento; Reforço de aspetos importantes sobre o engasgamento; Demonstração da técnica de desengasgamento por etapas; Treino em manequim de simulação clínica pelos participantes do público-alvo.	Expositivo/ demonstrativo/ observação		20 minutos

Conclusão	Resumo dos principais aspetos abordados; Discussão sobre o tema da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Partilha de experiências entre pais sobre as dificuldades inerentes ao processo de transição para o domicílio.	Expositivo	Manequim de simulação clínica neonatal. <u>Humanos</u>: Pais de recém-nascidos internados na neonatologia EESIP	10 minutos
Avaliação	Avaliação da sessão; Finalização da sessão.	Observação/ Interrogativo através de questionário		5 minutos

Avaliação:

Será realizado um breve questionário para avaliação da sessão supramencionada.

Indicadores de Processo:

-% de pais presentes na sessão de formação

N.º de pais presentes na sessão/N.º de RN internados em Cuidados Intermédios X 100%

Deverá ser igual ou superior a 40%.

Indicadores de Resultado:

-N.º de alíneas com resposta correta à pergunta 7/N.º de alíneas questionadas X 100%

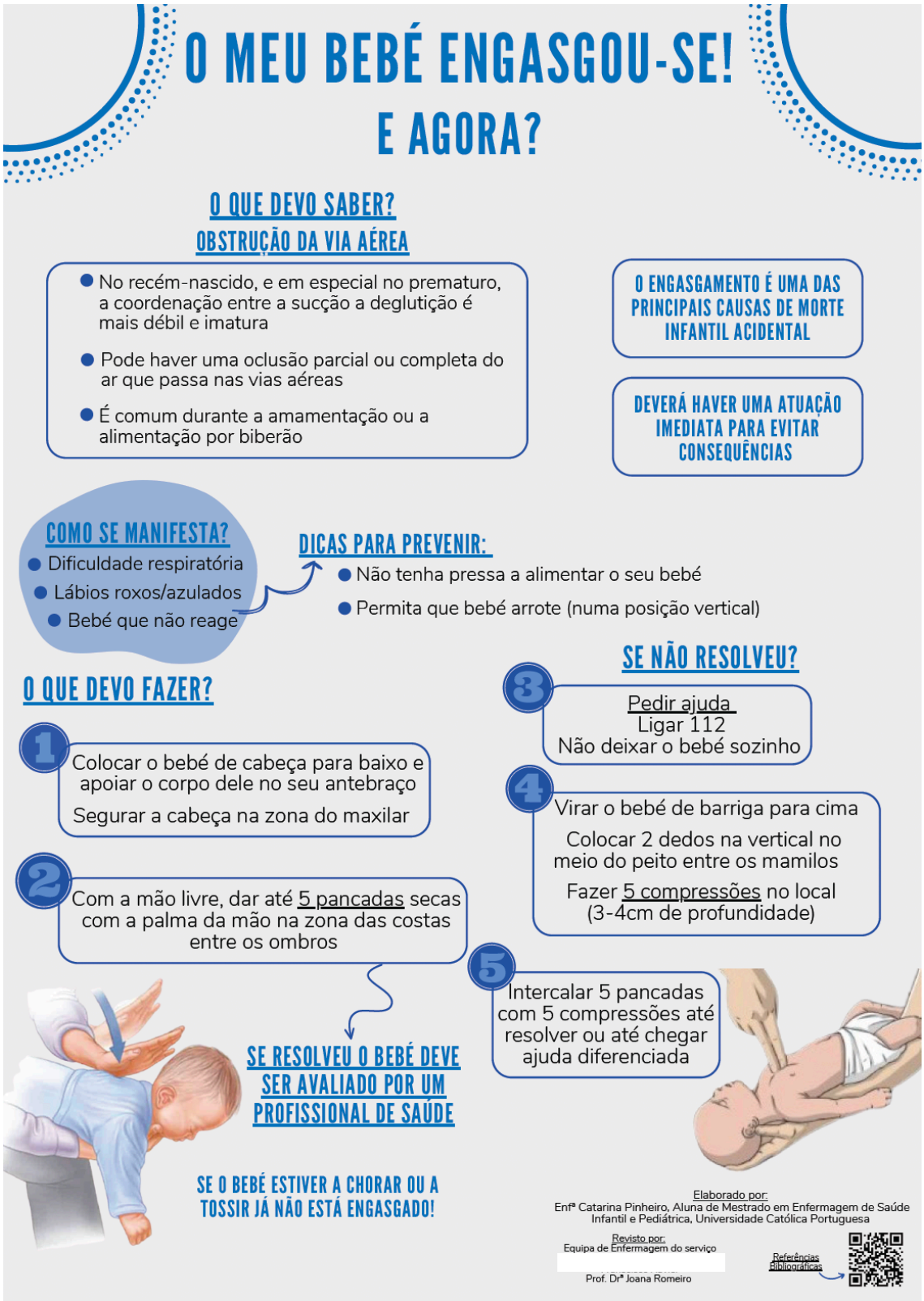
Deverá ser igual ou superior a 80%.

A sessão foi **divulgada** através da afixação do seguinte **cartaz** no serviço de neonatologia. A equipa de enfermagem, quando os pais estavam presentes no serviço, informava-os relativamente ao tema e data sessão, incentivando a sua presença.

Figura 1 – Cartaz de divulgação a sessão

No início da sessão foi apresentado um **vídeo demonstrativo sobre a atuação perante o engasgamento no RN**, que se encontra disponível para visualização.

Para consolidar conhecimentos sobre a temática, os pais foram informados no final da sessão que, na **sala dos pais**, ficaria disponível um **cartaz informativo** intitulado de **"O meu bebé engasgou-se! E agora?"**, o qual poderiam consultar.



Em último lugar, para **avaliar a sessão** realizada foi aplicado um **questionário**, entregue em papel, aos pais que estiveram presentes. Este será apresentado em seguida.

O meu nome é Catarina Pinheiro, sou enfermeira e frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Este questionário foi realizado no âmbito da sessão de formação "O meu bebé engasgou-se! E agora?", com o intuito de avaliar a mesma. Deste modo, peço a sua colaboração no preenchimento do questionário apresentado em seguida.

Será garantida a sua confidencialidade e o anonimato.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Qual seu parentesco com o recém-nascido?

Mãe ___

Pai ___

Outro _____

1. O seu bebé nasceu com quantas semanas de gravidez?

   _____

2. É o seu primeiro filho?

   Sim ___

   Não ___

3. Qual o seu nível de conhecimento prévio sobre atuação perante um caso de engasgamento no recém-nascido?

   Nenhum conhecimento ____

   Fraco ____

   Médio ____

   Bom ____

   Muito bom ____

4. Identifique dois sinais de que o bebé está engasgado

   _____

   _____

5. Considera pertinente a realização desta sessão de modo a melhorar o processo de transição para casa?

Sim ____

Não ____

6. Considera importante a afixação na sala dos pais de um poster sobre o engasgamento no recém-nascido?

Não útil ____

Pouco útil ____

Útil ____

Muito útil ____

7. Classifique V (verdadeiro) ou F (falso) as seguintes afirmações:

____ O engasgamento é uma das principais causas de morte infantil

____ Se o bebé está a chorar não é preciso intervir

____ Deverá manter a calma

____ O primeiro passo é fazer compressões no peito do bebé

____ Preferencialmente deve fazer a técnica de desengasgamento em pé

____ Se não conseguir desengasgar o recém-nascido após 3 tentativas, deve esperar por ajuda diferenciada sem tentar mais nada

____ A sequência de desengasgamento é 5 pancadas interescapulares (entre os ombros) alternando com 5 compressões torácicas

8. Após a sessão, como classifica a sua capacidade para conseguir atuar perante uma situação de engasgamento no seu bebé?

Não confiante ____

Pouco confiante ___

Neutro ___

Confiante ____

Muito confiante ____

9. O que considera mais difícil quando o seu bebé for para casa? Identifique três sentimentos que pense experienciar

_____

_____

10. Recomendaria esta sessão a outros pais que estejam com o seu bebé internado num serviço de neonatologia?

Sim ____

Não ____

Obrigada pela sua colaboração!

Para **avaliar o impacto da sessão**, em seguida são **extraídos**, **analisados** e **interpretados** os **dados referentes ao questionário** apresentado anteriormente neste apêndice.

A segunda sessão "O meu bebé engasgou-se! E agora?" decorreu no dia três de outubro e contou com a presença de três pais de dois RN distintos e um casal progenitor de um RN internados na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e uma aluna de 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo que nesse dia nos cuidados intermédios estavam internados onze RN. O questionário foi disponibilizado em formato impresso a todos os pais presentes na sessão, sendo que a taxa de resposta correspondeu a 100%, não tendo sido disponibilizado questionário à aluna de enfermagem, apenas foi questionada através de uma entrevista não estruturada. A sessão foi moderada pela mestranda, com supervisão de um EESIP.

Dos pais inquiridos, relativamente ao parentesco com o RN, estiveram presentes quatro mães e um pai. Seguidamente são apresentadas as perguntas dispostas no questionário com análise posterior de cada resposta dada pelos participantes.

Questão 1: O seu bebé nasceu com quantas semanas de gravidez?

As idades gestacionais relatadas foram: 28s+1d; 30s+6d (mencionada duas vezes); 35s+3d e 38s+2d, constatando-se a presença de apenas um RN de termo.

Questão 2: É o seu primeiro filho?

Apenas os pais do RN de termo tinham mais do que um filho.

Questão 3: Qual o seu nível de conhecimento prévio sobre atuação perante um caso de engasgamento no recém-nascido?

Dos respondentes, 40% (n=2) respondeu "nenhum conhecimento" e 60% designou o seu conhecimento como "fraco", o que demonstra que uma intervenção para promover o conhecimento no âmbito da transição para o domicílio é necessária.

Questão 4: Identifique dois sinais de que o bebé está engasgado

Quadro 1 – Respostas dos participantes sobre sinais de que o bebé está engasgado

Participantes	**Respostas**
P1	"Barulho a respirar; dificuldade a respirar"
P2	"Não respira bem; lábios azuis"
P3	"Tosse; lábios azulados e roxo"
P4	"Respirar mal; muito mole"
P5	"Não está a respirar; boca roxa"

A análise das respostas dadas pelos pais permite concluir que, globalmente, conseguiram identificar aspetos importantes perante o engasgamento no RN, demonstrado que a transmissão de informação foi eficaz.

Questão 5: Considera pertinente a realização desta sessão de modo a melhorar o processo de transição para casa?

Todos os participantes responderam "sim", afirmando a importância da realização da sessão.

Questão 6: Considera importante a afixação na sala dos pais de um poster sobre engasgamento no recém-nascido?

100% da amostra afirmou ser "muito útil" a afixação de um poster sobre engasgamento na sala dos pais, demonstrando a importância do material elaborado para aumentar a segurança e confiança dos pais.

Questão 7: Classifique V (verdadeiro) ou F (falso) as seguintes afirmações:

Quadro 2 – Respostas dos participantes sobre as afirmações

Afirmações	**Resposta correta**	**Respostas dadas pelos participantes**
O engasgamento é uma das principais causas de morte infantil	V	P1 (V); P2 (V); P3 (V); P4 (V); P5 (F)

Se o bebé está a chorar não é preciso intervir	V	P1 (V); P2 (V); P3 (V); P4 (V); P5 (V)
Deverá manter a calma	V	P1 (V); P2 (V); P3 (V); P4 (V); P5 (V)
O primeiro passo é fazer compressões no peito do bebé	F	P1 (F); P2 (F); P3 (F); P4 (F); P5 (F)
Preferencialmente deve fazer a técnica de desengasgamento em pé	F	P1 (F); P2 (F); P3 (F); P4 (F); P5 (F)
Se não conseguir desengasgar o recém-nascido após 3 tentativas, deve esperar por ajuda diferenciada sem tentar mais nada	F	P1 (F); P2 (F); P3 (F); P4 (F); P5 (F)
A sequência de desengasgamento é 5 pancadas interescapulares (entre os ombros) alternando com 5 compressões torácicas	V	P1 (V); P2 (V); P3 (V); P4 (V); P5 (V)

Após análise de todas as respostas dos participantes, apenas um participante respondeu a uma alínea incorretamente, havendo uma taxa de respostas corretas de 97,14%, tornando-se claro que a informação foi transmitida eficazmente, contribuindo positivamente para o *empowerment* parental.

Questão 8: Após a sessão, como classifica a sua capacidade para conseguir atuar perante uma situação de engasgamento no seu bebé?

Quanto à capacidade de atuação perante um caso de engasgamento, 80% afirmou estar "confiante" e 20% "muito confiante", se precisassem de agir. Assim, conclui-se que o nível de conhecimento percecionado pelos pais aumentou exponencialmente, comparativamente com o conhecimento que afirmaram ter no início da sessão, o que traduz eficácia na transmissão de conhecimentos. A resposta a esta pergunta foi confirmada pela visualização do treino dos pais no manequim de simulação clínica, uma vez que conseguiram cumprir os passos de desengasgamento preconizados com sucesso.

Questão 9: O que é que acha que será mais difícil quando o seu bebé for para casa? Identifique três sentimentos que pense experienciar

Quadro 3 – Respostas dos participantes sobre os sentimentos experienciados

Participantes	**Respostas**
P1	"Saber se o bebé comeu o suficiente e se respira bem"
P2	"Engasgamento e ter medo de magoar a bebé"
P3	"Engasgos; constipação; febre alta"
P4	"Não saber o que fazer em algumas situações"
P5	"Receio, ficar mais ansiosa; estar feliz por ele estar em casa"

A análise das respostas permite concluir que os participantes apesar de não terem respondido completamente ao questionado, evidenciaram sentimentos de receio e ansiedade, mas felicidade por levarem o seu bebé para casa e demonstraram ter receios em saber se o bebé come e respira bem, medo de magoar o bebé, por exemplo, perante o desengasgamento e incertezas sobre o modo de atuação perante algumas condições.

Questão 10: Recomendaria esta sessão a outros pais que estejam com o seu bebé internado num serviço de neonatologia?

A totalidade da amostra respondeu "sim", demonstrando que a realização da sessão foi pertinente e oportuna, devendo ser replicada no futuro a fim de melhorar a capacitação parental e promover a educação para a saúde.

Em resumo, podemos concluir que a realização da sessão foi bem-sucedida e que o grupo de pais ficou elucidado sobre a prevenção e atuação perante o engasgamento no RN, reconhecendo a importância da realização da sessão bem como da afixação do poster do engasgamento na sala dos pais.

Relativamente aos indicadores previamente definidos, o indicador de processo proposto (40%) foi atingido com sucesso em 45,5% ((5/11)X100%). Quanto ao indicador de resultado, proposto para ser superior a 80%, foi amplamente atingido havendo 97,14% de respostas positivas ((34/35)X100%).

Ressalvo que a aluna de enfermagem considerou a realização da sessão pertinente, uma vez que lhe permitiu também adquirir conhecimentos sobre a temática apresentada. Focou como fundamental o treino pelos pais no manequim de simulação.

Quantos aos sentimentos evidenciados pelos pais, foram escassos, o que pode ser explicado por a transição não ter ocorrido ou pelo fraco entendimento da resposta pretendida. Contudo, a identificação por parte dos mesmos de sinais do RN estar engasgado e respostas corretas sobre atuação perante o engasgamento predispõe que a transição seja mais segura, uma vez que aumentou o seu grau de confiança.

APÊNDICE VIII – Ficheiros de carta de alta e cartas de transferência

Nota de Alta para o Domicílio

Nome:
Data de nascimento:
Idade gestacional:
Idade corrigida:

Admissão a: / / no Serviço de neonatologia do Hospital

Antecedentes:
Aspetos relevantes durante o internamento:
Medicação habitual:
Vacinas:
-VHB:
-Outras:
Diagnóstico precoce:

Última avaliação:
Peso: ___gr
Comprimento: ___cm
Perímetro cefálico: ___cm

Exame físico e estado geral:
-Estado de consciência:
-Pele e mucosas:
-coto umbilical:
-Fontanela anterior:
-Respiração:
-Alimentação
-Abdómen
-Eliminação vesical:
-Eliminação intestinal:
-data da última dejeção: / /20
-Sono:
-Papel parental – Realizados ensinos sobre:
_ _ O banho do recém-nascido
_ _ Cuidados ao coto umbilical
_ _ Vestuário do recém-nascido
_ _ Preparação do biberão
_ _ Administração de leite por biberão
_ _ Sono do bebé
_ _ Prevenção de morte súbita
_ _ Prevenção de acidentes no domicílio
_ _ Prevenção de acidentes rodoviários
_ _ Sinais de alarme
_ _ Vigilância de saúde
_ _ Outros:

Teve alta pelas ___ acompanhada por __ em sistema de retenção adequado.

Nota de Transferência Interna

Nome:
Data de nascimento:
Idade gestacional:
Idade corrigida:

Admissão a: / / no Serviço de neonatologia do Hospital

Antecedentes:

Dispositivos:
_ _ CVU, nível __
_ _ EPC no __
_ _ CVP no __

Medicação habitual:

Vacinas:
-VHB:
-Outras:

Diagnóstico precoce:

Última avaliação:
Peso: ___gr
Comprimento: ___cm
Perímetro cefálico: ___cm

Exame físico e estado geral:
-Estado de consciência:
-Pele e mucosas:
-coto umbilical:
-Fontanela anterior:
-Respiração:
-secreções:
-Alimentação
-Quantidade: __ml
_ _ LM
_ _ LEP
_ _ LA
_ _ SNG, nº__; nível __cm --- colocada a:
-Abdómen:
-Eliminação vesical:
-Eliminação intestinal:
-data da última dejeção: / /20
-Sono:
-Meios complementares de diagnóstico:

-Papel parental – Realizados ensinos sobre:

_ _ O banho do recém-nascido
_ _ Cuidados ao coto umbilical
_ _ Vestuário do recém-nascido
_ _ Preparação do biberão
_ _ Administração de leite por biberão
_ _ Sono do bebé
_ _ Prevenção de morte súbita
_ _ Prevenção de acidentes no domicílio
_ _ Prevenção de acidentes rodoviários
_ _ Sinais de alarme
_ _ Vigilância de saúde
_ _ Outros:

Pelas ___ transferida para o internamento de pediatria para continuidade dos cuidados, acompanhada por __

Nota de Transferência Externa

Nome:
Data de nascimento:
Idade gestacional:
Idade corrigida:

Admissão a: / / no Serviço de neonatologia do Hospital

Antecedentes:

Aspetos relevantes durante o internamento:

Dispositivos:
_ _ CVU, nível __
_ _ EPC no __
_ _ CVP no __

Medicação:

Vacinas:
-VHB:
-Outras:

Diagnóstico precoce:

Última avaliação:
TA: ____mmHg
MAP: ____mmHg
FC: __bpm
FR: ___cpm
Temperatura: ___ºC
Dor: __ (EDIN)
Peso: ___gr
Comprimento: ___cm
Perímetro cefálico: ___cm

Exame físico e estado geral:
-Estado de consciência:
-Pele e mucosas:
-edema:
-coto umbilical:
-Fontanela anterior:
-Ventilação:
_ _ VI, TOT nº ___ nível ___cm
FiO2: ___%
_ _CPAP, PEEP: ___ FiO2: ___%
_ _Alto fluxo, Fluxo: ___ FiO2: ___%
_ _Óculos nasais, ___L/min

-Respiração:
-secreções:
-Alimentação
-Quantidade: __ml
_ _ LM
_ _ LEP
_ _ LA
_ _ Dieta zero
_ _ SNG, nº__; nível __cm --- colocada a:
-Abdómen:
-Eliminação vesical:
-Eliminação intestinal:
-data da última dejeção: / /20
-Sono:

-Meios complementares de diagnóstico:

-Papel parental
_ _ Informações relevantes:

Pelas ___ transferida para o ___ do Hospital ___ por __, acompanhada por __.

APÊNDICE IX - Sessão de Formação “A Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Cuidados centrados na criança/família no domicílio”

Quadro 1 – Plano da sessão de formação

Sessão de Formação: "A Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Cuidados centrados na família em neonatologia"		**Pré-requisitos:** Sim	**Qual:** Enfermeiros	
Público-alvo: Equipa de enfermagem do serviço de neonatologia				
Formadora: Catarina Pinheiro		**Número de sessões:** 1		
Data: 04/10/2023 às 15h		**Duração da sessão:** 40 minutos		
Objetivo geral: Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da Hospitalização Domiciliária Pediátrica				
Etapas	**Conteúdos**	**Métodos**	**Recursos**	**Duração (minutos)**
Introdução	Objetivo da sessão; Tema da revisão de literatura	Expositivo/ interrogativo	<u>Materiais</u>: Computador; Apresentação em *PowerPoint;* Projetor <u>Humanos</u>: Equipa de Enfermagem	5 minutos
Desenvolvimento	Identificação da temática; Explicação da importância da família; Definição do conceito principal; Enquadramento teórico; Contextualização da HDP em Portugal; HDP em neonatologia; Vivências dos pais no domicílio; Preparação para a alta; A telemedicina em HDP;	Expositivo		20 minutos

	A transição para o domicílio.			
Conclusão	Resumo dos principais aspetos abordados; Discussão sobre o tema da sessão.	Expositivo		10 minutos
Avaliação	Avaliação da formação	Interrogativo		5 minutos

Avaliação:

Será realizado um breve questionário para avaliação da sessão supramencionada.

Indicadores de Processo:

-% de enfermeiros presentes na sessão de formação

N.º de enfermeiros presentes na sessão/N.º de enfermeiros da equipa de neonatologia X 100%

Deverá ser igual ou superior a 40%.

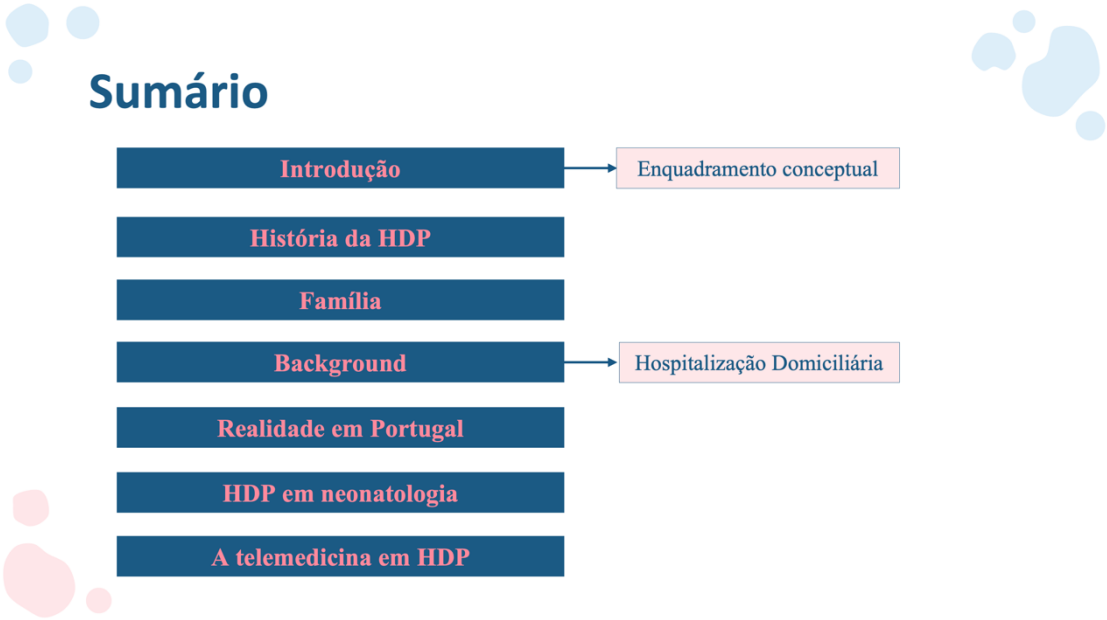
Indicadores de Resultado:

-N.º de alíneas com resposta positiva/N.º de alíneas questionadas X 100%

Deverá ser igual ou superior a 80%.

As alíneas com respostas positiva serão consideradas nas primeiras três secções se a resposta for “concordo” ou “concordo totalmente”. Na pergunta 4, será considerado uma resposta positiva se a pontuação mencionada for superior a 7.

A sessão foi conduzida tendo por base o ***PowerPoint*** apresentado em seguida.



Introdução

Cuidados de Saúde de Qualidade → Desafio constante que exige educação, formação e atualização por parte do enfermeiro

↓

Viabiliza uma **recuperação melhor** e **mais rápida** do doente através da implementação de **cuidados especializados e individualizados** baseados na prática informada pela evidência!

(Entidade Reguladora da Saúde, 2021)

Processo Metodológico

Objetivo

Sintetizar as experiências e vivências de crianças e pais/cuidadores no processo de hospitalização domiciliária pediátrica

↓

Questão de Revisão

Qual a experiência vivenciada pela criança e família num contexto de hospitalização domiciliária pediátrica?

Revisão Sistemática Qualitativa

Objetivo da sessão:
Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da HDP

A criança e os seus Direitos

"O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças" (p.7)

• Os cuidados devem ser prestados preferencialmente em casa, no ambiente familiar da criança ou, quando tal não é possível, em contexto de consulta externa ou hospital de dia.

Carta da Criança Hospitalizada

(IAC, 2016)

Um pouco de história...

- Presidente do Hospital de Montefiore;
- Assinou um contrato com uma organização de prestação de cuidados de saúde;
- Gerou a aliança entre aos cuidados domiciliários e os cuidados hospitalares criando assim o conceito "***The Hospital-Based Home care***".

Martin Cherkasky
(1902 - 1997)

(Geni, 2023)

(Barondess, 1999)

Importância da Família

FAMÍLIA

- Sistema aberto composto por diversos membros que interagem entre si e com o seu meio
- Qualquer adversidade ou alteração que surja irá **afetar todos os membros**

DESEQUILÍBRIO

Modelo das Transições de Afaf Meleis

Hospitalização Domiciliária
REEQUILÍBRIO

(Jorge, 2004)

Assistência contínua na fase aguda da doença e/ou agudização de uma doença crónica

- Consentimento livre e esclarecido
- Princípios e critérios clínicos, sociais e geográficos
- Admissão Hospitalar

Unidade de Hospitalização Domiciliária - UHD

- Unidade de Tratamento Especializada
- Cuidar de doentes e sua família

Cuidados de Hospitalização Domiciliária - UHD

- Cuidados ativos coordenados pela UHD

Passagem de uma fase da vida ou condição para outra gerando assim uma **mudança**

Teoria das Transições Afaf Meleis (2010)

Hospitalização Domiciliária

Home care

Hospital em casa

Conceito fundado em 1947 nos EUA
-Estendeu-se para a população mais jovem em 1973

- Reduzir a taxa de internamento hospitalar
- Criar um ambiente mais humanizado junto da família

Transição é invadida por inúmeras emoções, onde são espelhadas as dificuldades inerentes a este processo

Experiências

Vivências

(Meleis, 2010; Maciel, 2007; Despacho n.o 9323-A/2018, 2018)

Em Portugal…

Programa do XXI Governo Constitucional

- Foco do desenvolvimento da modernização do SNS:
  - As necessidades da pessoa alvo dos cuidados
- Objetivo:
  - Mobilização da prestação de cuidados das instituições para o domicílio

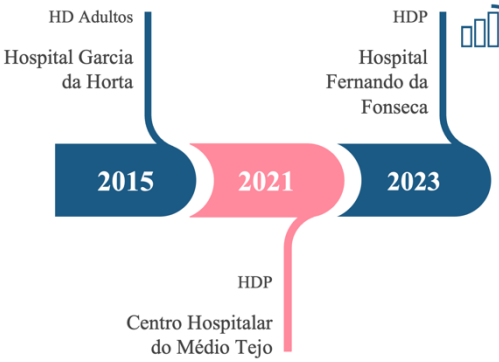
"Cuidar em casa"

O EEESIP trabalha em parceria com a criança e sua família independentemente do contexto, potenciando o seu melhor estado de saúde.

- Instruir a criança e a sua família sobre os cuidados necessários, com o intuito de maximizar o seu conhecimento e capacidades.

(Despacho n.o 9323-A/2018, 2018; (Regulamento n.º 422/2018, 2018)

Em Portugal…

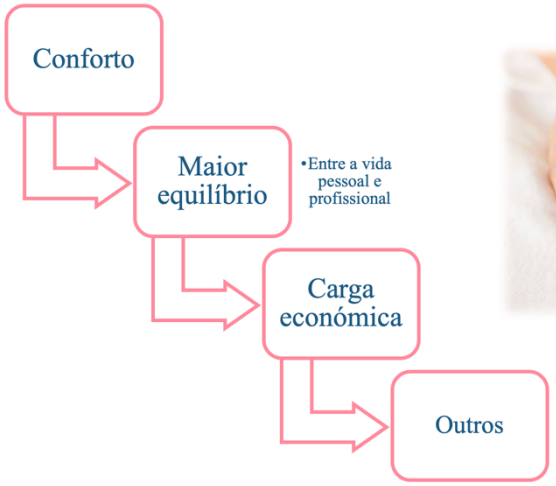


Garante:

- Ambiente mais humanizado
- Cuidados personalizados e individualizados
  - centrados nas necessidades dos doentes
- Redução da taxa e custos de internamento hospitalar
- Promoção o bem-estar e a qualidade de vida
- A continuidade dos cuidados

(Maciel, 2007; Despacho n.o 9323-A/2018, 2018)

A escolha por HDP



(iStock, 2023)

(Batlle et al.,2022)

HDP em Neonatologia

Surgimento dos primeiros programas domiciliares

↓

Hipótese de transferência precoce para o domicílio

↓

Fortalecimento dos laços familiares

(Jackson et al. (1998) citado por Jönsson & Fridlund, 2003; Brodsgaard et al. (2015) citado por Hägi-Pedersen et al., 2021)

As vivências dos pais no domicílio

Uma transferência precoce para o domicílio desencadeou um maior grau de responsabilidade por parte dos pais ao participarem no plano de cuidados da criança.

Surgiram sentimentos de preocupação e angústia pela maior vulnerabilidade do bebé

Reconforto e tranquilidade → Fornecimento de uma balança pela equipa para avaliar o aumento ponderal → Aplicação digital

Diminui a ansiedade, aumenta a satisfação e a segurança

(Aasen et al., 2022; Castor et al., 2019; Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019; Jerntorp et al., 2021; Young et al., 2006)

As vivências dos pais no domicílio

(iStock, 2023)

Foco na figura materna

Os pais sentiram-se excluídos e esquecidos e vistos como um obstáculo

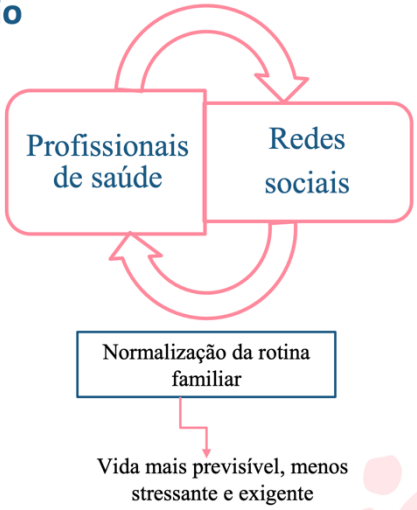
A HDP promoveu o papel parental, o envolvimento do pai nos cuidados e aumentou a tranquilidade das mães → Sentiam-se ambos integrados nos cuidados

(iStock, 2023)

(Jerntorp et al., 2021)

As vivências dos pais no domicílio

- ✓ No caso de pais de neonatos a sua confiança foi progressivamente maior, suscitando sentimentos de felicidade.
- ✓ Foi no domicílio que se sentiram pais pela primeira vez → Alívio
- ✓ Estarem sozinhos em casa com o bebé criança permitiu o fortalecimento da relação familiar → Enaltecendo uma sensação de liberdade, de recompensa e de confiança, isento de riscos.

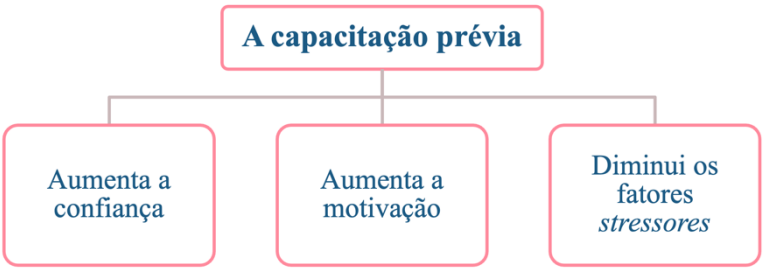


(Aasen et al., 2019; Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019; Jerntorp et al., 2021)

Preparação para a alta

- O empoderamento dos pais desde o primeiro dia é imprescindível na facilitação do processo de transição para o domicílio.

- A adaptação individual de cada família deve ser valorizada, tendo em conta os seus fatores de enfrentamento bem como os recursos pessoais e necessidades de cada família.

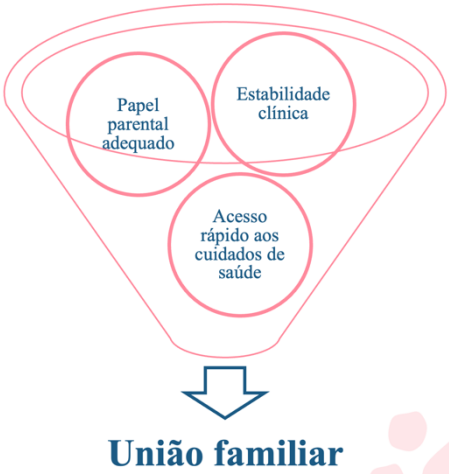


(Aasen et al., 2019; Angelhoff et al., 2015; Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019; Jönsson & Fridlund, 2003)

A telemedicina em HDP

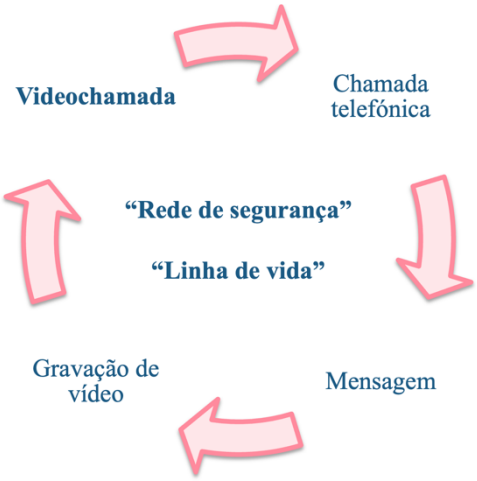
Surgiu como complemento ao acompanhamento no domicílio, permitindo altas precoces mantendo uma monitorização contínua à distância.

Garante o cumprimento dos pressupostos da filosofia de cuidados centrados na família.



(Holm et al., 2019; Young et al., 2006)

A telemedicina em HDP



Facilitador e promotor de confiança

↓

Autonomia, confiança e segurança parental

↓

Equipa de Enfermagem como um "porto seguro"

(Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019; Jönsson & Fridlund, 2003; Young et al., 2006)

A telemedicina e HDP

Fase Inicial

Sobrecarga | Ansiedade | Receio

(Pixabay, 2023)

Posteriormente

Alívio | Confiança | Privacidade

Impacto positivo na recuperação da criança

(Holm et al., 2019; Young et al., 2006)

A transição para o domicílio em Neonatologia

- A interligação entre a família e as equipas dos serviços de neonatologia, da HDP e da comunidade, deve ser uma preocupação constante e atempada.

Diminuir o impacto da transição do hospital para casa

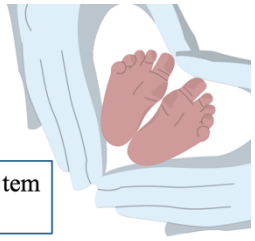
Evitar sentimentos de insegurança e sensação de abandono

(iStock, 2023)

(Castor et al., 2018)

Nuvem de palavras
"Sentimentos, vivências e experiências da criança e família"

Considerações Finais



- A HDP não é um conceito novo, e embora ainda pouco explorado, a sua prática tem vindo a expandir-se nos últimos anos.

- Constitui-se como um contributo inovador na melhoria da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, aumentando a proximidade da criança e sua família com o ambiente familiar.

- A alta precoce com transição para o domicílio era facilitadora deste processo, uma vez que a torna mais suave e menos traumática para a criança e família.

- A HDP, através da telemedicina, dá uma sensação importante de continuidade de cuidados, proporcionando uma transição para o domicílio mais gradual, contínua e progressiva.

(Santos et al., 2021; Young et al., 2006)

Referências Bibliográficas

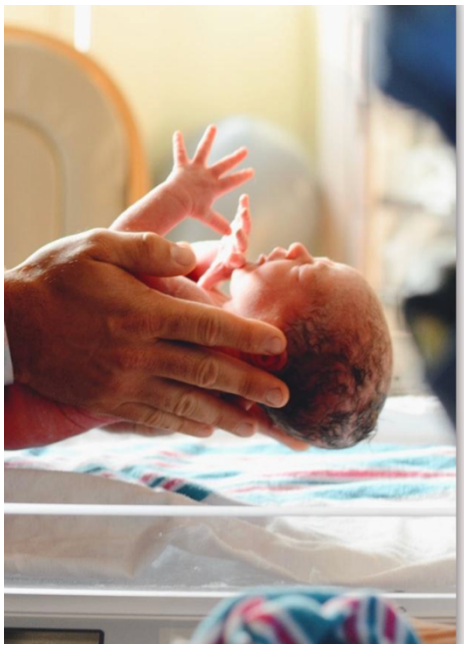
- Aasen, L., Johannessen, A., Ruud Knutsen, I., & Werner, A. (2022). The work of nurses to provide good and safe services to children receiving hospital-at-home: A qualitative interview study from the perspectives of hospital nurses and physicians. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(17–18), 2495–2506. https://doi.org/10.1111/jocn.16062
- Angelhoff, C., Edéll-Gustafsson, U., & Mörelius, E. (2015). Sleep of Parents Living With a Child Receiving Hospital-Based Home Care: A Phenomenographical Study. *Nursing Research*, *64*(5), 372–380. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000108
- Barondess, J. A. (1999). Remembering Martin Cherkasky. *Journal of Urban Health*, *76*(2), 159–163. https://doi.org/10.1007/BF02344672
- Batlle, A., Thió-Henestrosa, S., Boada, I., López, S., Moya, I., Fernández, J. C., De Sevilla, M. F., & García-García, J. J. (2022). Attending pediatric acutely ill patients at home: Families' socioeconomic characterization, expectations, and experiences. *BMC Pediatrics*, *22*(1), 679. https://doi.org/10.1186/s12887-022-03724-1
- Castor, C., Hallström, I. K., Landgren, K., & Hansson, H. (2019). Accessibility, utilisation and acceptability of a county-based home care service for sick children in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(4), 824–832. https://doi.org/10.1111/scs.12678
- Castor, C., Landgren, K., Hansson, H., & Kristensson Hallström, I. (2018). A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), 224–231. https://doi.org/10.1111/hsc.12512
- Despacho n.º 9323-A/2018, Diário da República, 2.ª série—N.º 191—3 de outubro de 2018 26900 (2018).
- Entidade Reguladora da Saúde (Ed.). (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde* (Porto, Portugal).
- Hägi-Pedersen, M.-B., Kronborg, H., & Norlyk, A. (2021). Knowledge of mothers and fathers' experiences of the early in-home care of premature infants supported by video consultations with a neonatal nurse. *BMC Nursing*, *20*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00572-9
- Holm, K. G., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A. C., & Clemensen, J. (2019). Parent perspectives of neonatal tele-homecare: A qualitative study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *25*(4), 221–229. https://doi.org/10.1177/1357633X18765059

Referências Bibliográficas

- Instituto de Apoio à Criança (Ed.). (2016). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*.
- Jerntorp, S. H., Sivberg, B., & Lundqvist, P. (2021). Fathers' lived experiences of caring for their preterm infant at the neonatal unit and in neonatal home care after the introduction of a parental support programme: A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(4), 1143–1151. https://doi.org/10.1111/scs.12930
- Jönsson, L., & Fridlund, B. (2003). Parents' Conceptions of Participating in a Home Care Programme from NICU: A Qualitative Analysis. *Nordic Journal of Nursing Research*, *23*(4), 35–39. https://doi.org/10.1177/010740830302300409
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Lusociência.
- Maciel, H. F. V. (2007). *Análise Descritiva De Um Programa De Assistência Ao Paciente Pediátrico «Internado» No Domicílio* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Regulamento n.º 422/2018—Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Nº 133 2ª série 19192 (2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf
- Young, N. L., Barden, W., McKeever, P., Dick, P. T., & The Tele-HomeCare Team6. (2006). Taking the call-bell home: A qualitative evaluation of Tele-HomeCare for children. *Health and Social Care in the Community*, *14*(3), 231–241. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00615.x

Imagens:

- iStock (s.d.), https://www.istockphoto.com/pt
- Pixabay (s.d.), https://pixabay.com/pt/



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

A Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Cuidados centrados na família em neonatologia

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
UC: Estágio Final e Relatório

Enfermeira Orientadora:

Professora Orientadora:
Professora Doutora Joana Romeiro

Realizado por:
Catarina Pinheiro nº 192022078

Após apresentação da sessão, foi aplicado um **questionário**, disponibilizado via *online*, aos elementos da equipa de enfermagem que estiveram presentes. Este será apresentado em seguida.

Avaliação da Sessão

A Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Cuidados centrados na família em neonatologia

Data: 04/10/2023
Local: Webinar - Plataforma Teams
Objetivo da sessão: Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da Hospitalização Domiciliária Pediátrica
Formador: Catarina Pinheiro

1. Conteúdo da Sessão

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
O objetivo foi claro e adequado	○	○	○	○	○
O conteúdo foi adequado	○	○	○	○	○
A sessão correspondeu às suas expectativas	○	○	○	○	○
A sessão promoveu a aquisição de novos conheciment os	○	○	○	○	○

2. Organização da Sessão

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Os meios utilizados foram adequados	○	○	○	○	○
A duração da sessão foi adequada	○	○	○	○	○

3. Formador

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Tinha domínio sobre a temática	○	○	○	○	○
Adequou o objetivo aos métodos	○	○	○	○	○
Teve clareza e precisão na transmissão do conteúdo	○	○	○	○	○
Teve motivação e empenho	○	○	○	○	○
Teve um bom relacionamento com os participantes	○	○	○	○	○

4. Qual é a probabilidade de recomendar esta sessão a outros colegas a exercer funções na área de saúde infantil e pediatria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada provável — Extremamente provável

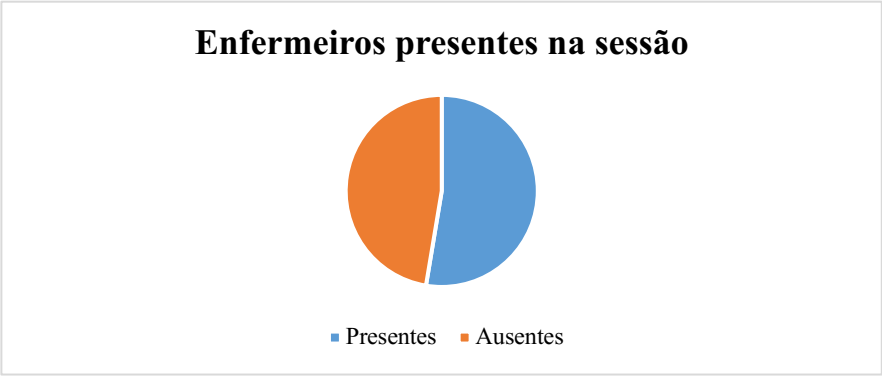
5. Comentários e sugestões de melhoria

Introduza a sua resposta

De modo a avaliar o impacto da sessão, em seguida são extraídos, analisados e interpretados os dados referentes ao questionário apresentado anteriormente neste apêndice.

A sessão "A Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Cuidados centrados na família em neonatologia" foi divulgada através da enfermeira orientadora no grupo *online* da equipa de enfermagem, a fim de abranger toda a equipa. Esta sessão foi apresentada no dia 04/10/2023 às 15h via *Teams* e contou com a presença de 20 elementos da equipa de enfermagem, o que corresponde a 52,6%, sendo que considero que houve uma boa adesão da equipa. Considero que 15% dos enfermeiros estiveram ausentes porque se encontravam a trabalhar nesse dia.

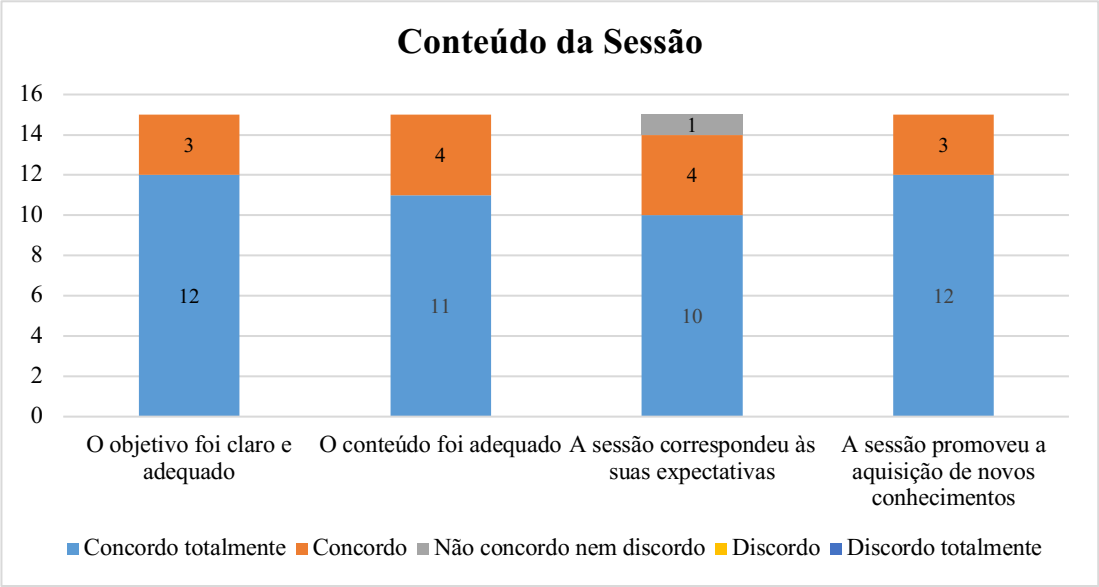
Gráfico 1 – Enfermeiros presentes na sessão



O questionário foi disponibilizado em formato *online* via *Microsoft Forms,* sendo o link do mesmo partilhado no *chat* da sessão, bem como, no grupo *online* da equipa de enfermagem, divulgado pela enfermeira orientadora.

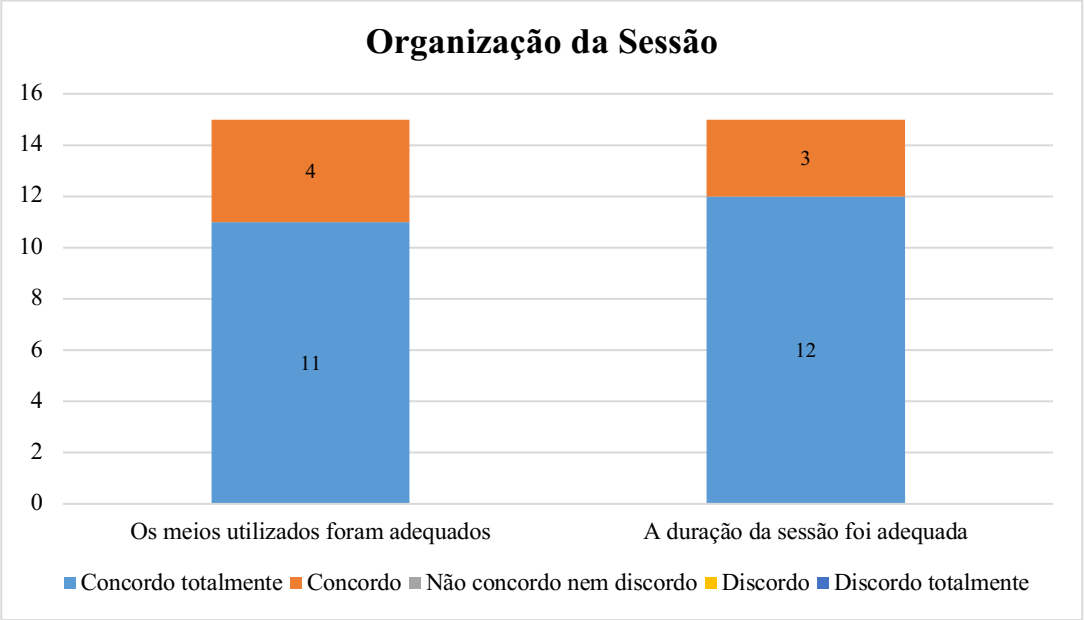
Seguidamente são apresentadas as perguntas dispostas no questionário com análise posterior de cada resposta dada pelos participantes.

Gráfico 2 - Conteúdo da sessão



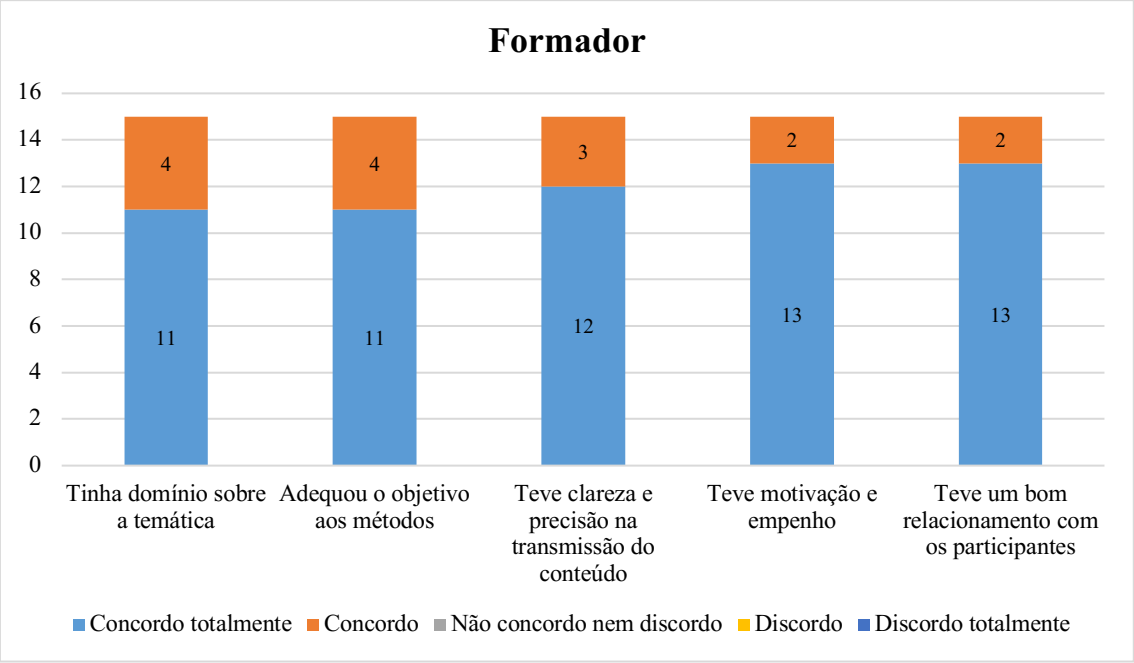
O gráfico apresentado anteriormente demonstra que o objetivo foi claro e adequado, bem como o conteúdo da sessão. Apenas um participante não concordou nem discordou se a sessão correspondeu às suas expectativas, tendo os restantes respondido de forma positiva. Realço que 80% dos participantes relatou concordar totalmente que a sessão promoveu a aquisição de novos conhecimentos relacionados com a HDP.

Gráfico 3 – Organização da sessão



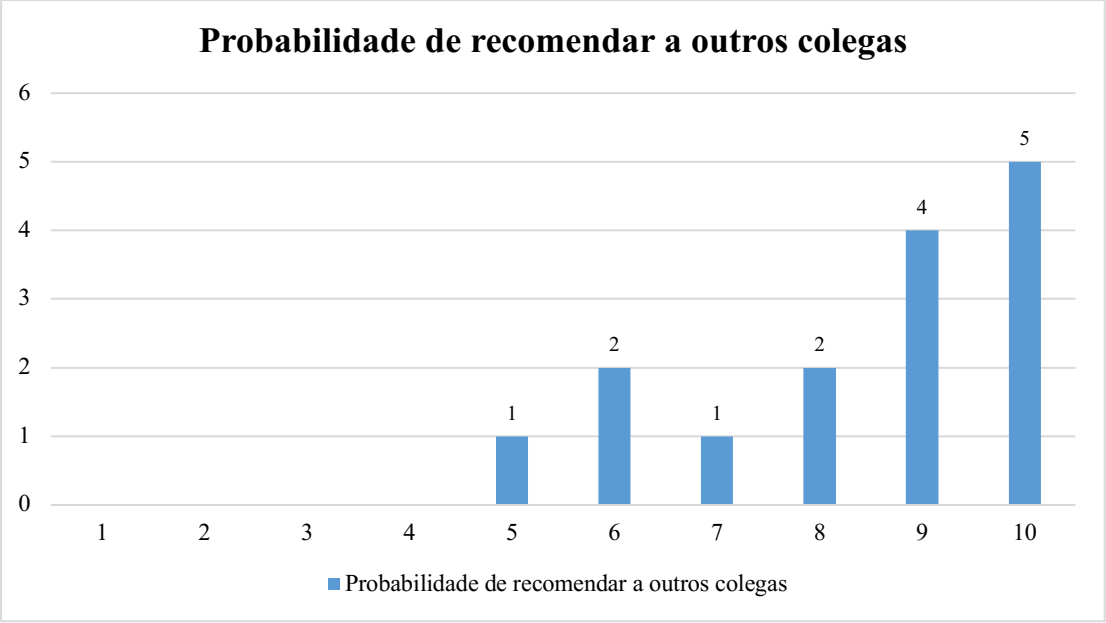
A análise do gráfico anterior permite aferir por unanimidade que tanto os meios utilizados como a duração da sessão foram adequados.

Gráfico 4 - Formador



Os participantes da sessão concordaram ou concordaram totalmente que o formador dominou a temática, adequou o objetivo aos métodos, teve clareza e precisão na transmissão do conteúdo, teve motivação e empenho bem como um bom relacionamento com os participantes.

Gráfico 5 – Probabilidade de recomendar a sessão a outros colegas



As respostas demonstraram que mais de metade dos participantes (80%) recomendavam numa probabilidade elevada a sessão a outros colegas (superior a 7), o

que enuncia que a realização da sessão foi pertinente e deve ser replicada noutros contextos.

Por fim, foi realizada uma questão aberta onde os participantes poderiam deixar comentários ou sugestões de melhoria. Esta questão obteve apenas uma resposta "Muitos parabéns, boa iniciativa. Continua o bom trabalho". Apesar de apenas um participante ter respondido, foi um comentário positivo que fomenta o êxito da formação.

Considerando os indicadores delineados na fase anterior à realização da sessão, o indicador de processo proposto para 40% foi alcançado em 52,6%. Quanto ao indicador de resultado também foi atingido em 97,8% ((176/180)X100).

Em jeito de resumo, a partir das respostas da equipa de enfermagem ao questionário, considero que a realização da sessão foi um sucesso.

Apêndice X - Diagnóstico de Situação: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Na fase inicial do estágio a pesquisa de normas, procedimentos e protocolos do serviço foi primordial. Subsequentemente, ocorreu uma reunião com a enfermeira orientadora visando conhecer a atuação da equipa de enfermagem na unidade, bem como, debater o guia e a ficha da unidade curricular "Estágio Final e Relatório". Por fim, apresentei o tema da minha revisão de literatura, a Hospitalização Domiciliária Pediátrica, demonstrando o meu interesse em intervir no âmbito da transição para o domicílio.

Assim foram empreendidas três técnicas de recolha de dados: observação participante; entrevista não estruturada; e análise SWOT (*Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats*).

Observação participante

Durante a primeira semana de estágio, propus-me a observar ativamente os cuidados prestados pela equipa à criança/jovem e família. Neste serviço as intervenções de enfermagem podem parecer mais de natureza técnica, mas é aqui que se realça a performance do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados avançados, diferenciados, seguros e competentes, traçando uma ponte de continuidade e de reequilíbrio no processo de saúde-doença, fundamental para o *outcome* final, a transição para o domicílio.

Após análise detalhada dos protocolos, normas e grupos de trabalho existentes na unidade, deparei-me com a falta de orientações clínicas na criança/jovem com diabetes inaugural com cetoacidose diabética. Atualmente, no serviço onde exerço funções como enfermeira generalista, realço que atuo como formadora na área da diabetes inaugural e cetoacidose diabética para a equipa de enfermagem. A relevância desta temática no presente estágio deve-se ao facto de ser uma doença sem cura que terá impacto no domicílio e na vida futura da criança/família, que habitualmente tem uma fase de instabilidade inicial que pode ou não precisar de cuidados intensivos pediátricos, mas posteriormente segue-se inevitavelmente uma fase importante de necessidade de capacitação parental, de maneira a facilitar o processo de transição para o domicílio. Foi ainda reforçado pela enfermeira orientadora que seria uma mais-valia para a equipa, uma vez que existem elementos com menor experiência na área e que exercem funções recentemente no serviço.

Observei atentamente os registos e escalas em vigor na unidade, percecionando que o sistema informático inclui intervenções de enfermagem, contudo não é organizado por

focos nem diagnósticos de enfermagem, o que dificulta o plano de cuidados. Desta forma, detetei que a equipa de enfermagem não avalia de forma sistemática o diagnóstico de enfermagem papel parental. Sendo este um foco de intervenção relevante surge a necessidade de implementação de novos indicadores para melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Entrevista não estruturada

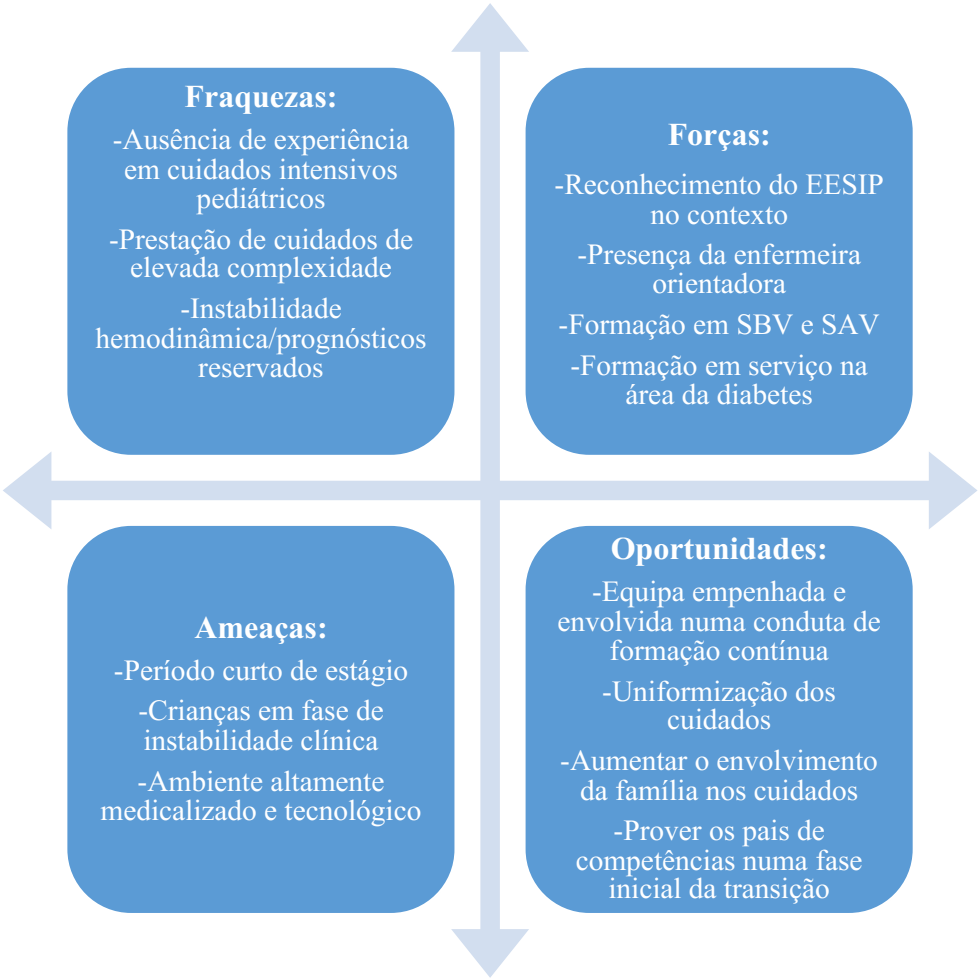
Simultaneamente, com a fase da observação, foi realizada uma entrevista não estruturada à Enfermeira coordenadora de cuidados e à Enfermeira orientadora, a fim de detetar as necessidades do serviço, bem como delinear áreas de atuação principais.

Durante esta entrevista, foi reforçado o quão escasso são os casos de transição direta da unidade de cuidados intensivos pediátricos para o domicílio. Aqui consegui, ainda, percecionar que a equipa de enfermagem não avalia o papel parental, o que se considera como uma lacuna e necessidade de intervenção nesta área.

Análise SWOT (*Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats*)

Para refinar o diagnóstico de situação foi realizada uma análise SWOT numa perspetiva individual, tendo em conta as minhas fraquezas e forças, bem como as ameaças e oportunidades inerentes ao contexto de estágio. A análise SWOT, numa perspetiva individual apresentada em seguida, permitiu identificar pontos de melhoria e estabelecer ações de melhoria na qualidade dos cuidados prestados à criança e família, destacando a parte das oportunidades por serem focos potenciais de intervenção. A uniformização dos cuidados através da procura de conhecimento baseado em evidência científica, recente e disponível, torna-se como primordial neste campo de estágio. Sendo uma unidade de cuidados intensivos, é dado um maior enfoque a crianças/jovens em estado crítico, podendo ser menos priorizado o papel parental bem como a capacitação dos pais e o envolvimento dos mesmos no cuidado à criança/jovem.

Figura 1 – Análise SWOT



Apêndice XI - Plano de Projeto – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Quadro 1 - Planeamento das atividades inerentes ao 1º objetivo

Objetivo Específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem gravemente doente/em situação crítica e sua família				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de Resultado**	**Indicadores de Impacto**	**Indicadores de Estrutura (recursos)**
-Prestar cuidados ao doente crítico pediátrico e sua família	-Realização da admissão e acolhimento da criança/jovem e família; -Prestação de cuidados especializados à criança/jovem com ventilação invasiva e/ou não invasiva; -Colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem com instabilidade clínica, aplicando conhecimentos inerentes ao SAV; -Colaborar na prestação de cuidados em TIP; -Promoção da expressão de sentimentos pela criança/jovem e família; -Participação nas dinâmicas de discussão de casos clínicos, em equipa multidisciplinar; -Realização de registos de enfermagem no sistema informático em vigor na unidade.	-Incremento na qualidade dos cuidados especializados à criança/jovem em situação crítica e família -Incremento na qualidade dos cuidados especializados à criança/jovem gravemente doente e família -Comunicação efetiva entre o enfermeiro e a	Competências comuns do EE: A1; A2; B3; C1; D1; D2 Unidades de competência: A1.1; A2.1; A2.2; B3.1; B3.2; C1.1; D1.2; D2.3 Competências específicas do EESIP: E1; E2; E3 Unidades de competência: E1.1; E1.1.2	Materiais: -Bases de dados/livros -Computador -Sistema informático Humanos: -Equipa multidisciplinar -Enfermeira orientadora -Criança/jovem -Pais Financeiros: -Não aplicável

		criança/jovem e família; -Registos uniformes com os cuidados prestados.		

Quadro 2 - Planeamento das atividades inerentes ao 2º objetivo

Objetivo Específico: Contribuir para a uniformização dos cuidados à criança/jovem com diabetes inaugural com cetoacidose diabética e sua família				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de Resultado**	**Indicadores de Impacto**	**Indicadores de Estrutura (recursos)**
-Uniformizar os procedimentos na criança com diabetes inaugural e cetoacidose diabética	-Criação de uma norma de orientação clínica sobre atuação perante a criança/jovem com diabetes inaugural e cetoacidose diabética; -Implementação de uma norma de orientação clínica sobre atuação perante a criança/jovem com diabetes inaugural e cetoacidose diabética.	-Taxa de aprovação da equipa de enfermagem	Competências comuns do EE: B1; B2; C2 Unidades de competência: B1.1; B1.2; C2.1 Competências específicas do EESIP: E1	Materiais: -Computador -Literatura científica -*Microsoft Word* -Programa *canva* -Impressora Humanos: -Equipa de enfermagem

	-Elaboração de um cartaz informativo sobre diabetes inaugural para divulgação de informação científica aos pais para gestão do processo saúde-doença precocemente.	-Incremento de competências parentais	Unidades de competência: E1.1	-Pais e/ou cuidadores <u>Físicos:</u> -Espaço físico no serviço <u>Financeiros:</u> -Inerentes à impressão de materiais

Quadro 3 - Planeamento das atividades inerentes ao 3º objetivo

Objetivo Específico: Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco no papel parental				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de Resultado**	**Indicadores de Impacto**	**Indicadores de Estrutura (recursos)**
-Aumentar o grau de satisfação parental	-Apresentação da escala "*Nurse Parent Support Tool*" à equipa de enfermagem; -Implementação da fase de pré-teste da escala na unidade; -Avaliação do diagnóstico de enfermagem "papel parental".	-Grau de satisfação dos enfermeiros quanto à pertinência da escala para avaliação da satisfação parental; -Aplicação da escala a pelo menos 4 cuidadores.	Competências comuns do EE: B1; B2; D2 Unidades de competência: B1.1; B1.2; B2.1; B2.3; D2.2 Competências específicas do EESIP: E3 Unidades de competência: E3.2	Materiais: -Bases de dados/livros -Computador -Sistema informático Humanos: -Equipa multidisciplinar -Enfermeira orientadora -Criança/jovem -Pais Financeiros: -Não aplicável

Apêndice XII - Estratégia de Pesquisa – Diabetes *Mellitus* com Cetoacidose Diabética

Quadro 1 – Estratégia de pesquisa

Base de Dados	**Estratégia de Pesquisa**
CINAHL *Complete*	diabetes mellitus AND (child or pediatric or paediatric or children) AND (diabetic ketoacidosis or dka) AND (intensive care unit or icu or critical care)
MEDLINE *Complete*	diabetes mellitus AND (child or pediatric or paediatric or children) AND (diabetic ketoacidosis or dka) AND (intensive care unit or icu or critical care)
Scopus	diabetes AND mellitus AND pediatric AND diabetic AND ketoacidosis AND intensive AND care
Google S*cholar*	diabetes inaugural com cetoacidose pediatria

Apêndice XIII - Norma de Orientação Clínica “Cuidados de Enfermagem à Criança/jovem com Diabetes Mellitus com Cetoacidose Diabética

	DIREÇÃO DE ENFERMAGEM		
MANUAL DE SERVIÇO	CAPÍTULO:		
Norma nº - CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES MELLITUS COM CETOACIDOSE DIABÉTICA			
Elaborado por: Enf.ª Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa Enf.ª	**Revisto por:** Prof.ª Dr.ª Joana Romeiro *Direção de Enfermagem*	**Revisão:** *2026*	**Aprovado em:**

1. OBJETIVOS

- Promover o conhecimento da equipa de enfermagem sobre os cuidados a ter perante a criança/jovem e família com o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) com Cetoacidose Diabética (CAD).
- Uniformizar a prestação de cuidados perante a criança/jovem e família com o diagnóstico de DM com CAD.

2. ÂMBITO

Aplica-se a toda a equipa de Enfermagem que integra a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria (HSM).

3. RESPONSABILIDADE

É da responsabilidade dos enfermeiros da UCIPed do HSM, a prestação de cuidados de Enfermagem gerais e específicos às crianças/jovens com DM com CAD. É, ainda, da responsabilidade do enfermeiro, a antecipação e deteção precoce de complicações relativas à DM e CAD.

4. PRINCÍPIOS

Em todo o mundo estima-se 1,2 milhões de crianças e jovens com diabetes *mellitus* (DM) tipo 1. A DM é uma doença crónica com alteração metabólica determinada por um estado de hiperglicémia, resultando de defeitos na secreção e/ou ação da insulina pela destruição autoimune das células beta, havendo um défice parcial ou total na produção de insulina. Isto

conduz a uma diminuição da sua ação nos órgãos-alvo, alterando, por conseguinte, do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas.

As manifestações clínicas clássicas são designadas pelos **4P's: polidipsia, polifagia, poliúria e perda ponderal.** Numa fase inicial pode ainda estar presente nictúria, enurese, candidíase perineal, astenia e fadiga. Numa fase mais avançada os sintomas podem incluir desidratação, taquicardia, taquipneia, hálito cetónico, respiração de Kussmaul, náuseas, vómitos, dor abdominal, letargia, confusão mental, obnubilação e coma.

A CAD advém do défice absoluto de insulina associado ao aumento do nível das seguintes hormonas: glucagon, catecolaminas, cortisol e hormona de crescimento. Isto provoca o aumento da produção de glicose, que associado a uma resistência periférica à insulina, agrava a hiperglicémia. Deste modo, vai aumentar ainda a lipólise e a cetogénese, conduzindo a cetonémia (concentração de cetonas no sangue) e acidose metabólica.

A hiperosmolaridade plasmática consequente leva a diurese osmótica, desencadeando desidratação moderada a grave com perda de eletrólitos, que pode ser agravada na presença de vómitos. A depleção hídrica causada por uma má perfusão, conduz à produção de lactato, agravando a acidose já existente.

Se a correção através de fluidoterapia e administração de insulina não for precoce, haverá um agravamento progressivo da acidose, da desidratação e da perda de eletrólitos, que se pode tornar fatal.

O risco de CAD na diabetes inaugural é acrescido em crianças mais pequenas (com idade inferior a 2 anos), sem história familiar de DM tipo 1, em classes económicas mais desfavorecidas ou com menor acessibilidade aos serviços de saúde, ou quando estamos perante um atraso no diagnóstico. Perante crianças previamente diagnosticadas com DM, uma má gestão da doença ou omissão de administrações de insulina precipita a ocorrência de CAD.

A CAD é a causa mais frequente de mortalidade e morbilidade na DM tipo 1, é a forma mais grave de descompensação da diabetes, sendo mais comum na diabetes inaugural. A CAD é uma condição grave principalmente se concomitantemente houver edema cerebral. Deste modo, um diagnóstico e intervenção atempada são fulcrais, objetivando a correção da volémia, de distúrbios hidroeletrolíticos e da glicose, com o propósito de melhorar o prognóstico.

A definição de CAD envolve a presença simultânea dos seguintes critérios:

- Hiperglicémia >200mg/dl
- pH venoso <7,3 e/ou bicarbonato sérico <15mmol/L
- Cetonémia ≥3mmol/L

A gravidade da CAD depende do grau de acidose:

Ligeira	pH venoso < 7,3 ou HCO3 < 15mmol/l
Moderada	pH venoso < 7,2 ou HCO3 < 10mmol/l
Grave	pH venoso < 7,1 ou HCO3 < 5mmol/l

5. REQUISITOS

Perante a presença dos seguintes critérios a criança/jovem deve ser admitida numa UCIPed:

- Choque ou instabilidade hemodinâmica;
- Alteração do estado de consciência – Score na Escala de Coma de Glasgow Pediátrica inferior a 13;
- CAD grave;
- Tempo de evolução prolongado;
- Risco aumentado de edema cerebral, nomeadamente: idade inferior a 5 anos, PCO2 diminuído e ureia aumentada.

6. PROCEDIMENTOS

O tratamento da criança/jovem com CAD deverá ser feito num serviço com experiência nesta área, que disponha de monitorização contínua dos sinais vitais e do estado de consciência e de monitorização de parâmetros laboratoriais.

6.1. Abordagem Inicial

Numa fase inicial, a atuação deve ter em conta as diretrizes preconizadas no Suporte Avançado de Vida Pediátrico, com avaliação imediata de: sinais vitais; peso e grau de desidratação; nível de consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow Pediátrica; glicémia e cetonémia; gasimetria venosa com eletrólitos séricos; monitorização eletrocardiográfica contínua (avaliação pormenorizada das ondas T) e sinais de infeção.

Prosseguir mantendo uma abordagem **ABCDE**:

- **A – Via aérea:** Perante um Glasgow inferior a 8, assegurar a permeabilidade da via aérea e o esvaziamento gástrico (drenagem gástrica contínua). Se for possível, a intubação endotraqueal deve ser evitada pois o aumento da pCO2 durante ou após o procedimento podem diminuir o pH do líquido cefalorraquidiano, aumentando o risco de desenvolvimento de edema cerebral.
- **B – Respiração:** Perante o doente inconsciente, com insuficiência respiratória ou em choque, deverá ser administrado oxigénio suplementar a 100%, por máscara de alto débito (15L/min).
- **C – Circulação**
  - Sem choque hipovolémico → considerar administração de bólus de 10ml/Kg de NaCl 0,9% em 60 minutos
  - Com choque hipovolémico → considerar administração de bólus de 10 a 20ml/Kg de NaCl 0,9% em 30 a 60 minutos, ou em 15 a 30 minutos se hipoperfusão grave. O bólus pode ser repetido, se necessário e tendo em conta o estado hemodinâmico, contudo não devem ser excedidos os 30ml/kg.
- **D – Disfunção neurológica:** Avaliar o estado de consciência de acordo com a Escala de Coma de Glasgow Pediátrica. **Um valor na escala inferior a 13 tem indicação para internamento numa UCIPed.**
  - Se doente inconsciente, assegurar a via aérea e avaliação rigorosa do débito urinário através de cateterismo vesical.
- **E – Exposição:** Proceder a uma investigação adequada na presença de infeção, e se indicado, iniciar antibioterapia.

6.2. Monitorização

A monitorização, tanto clínica como laboratorial, da criança/jovem com CAD numa UCIPed deve ser rigorosa e frequente, a fim de avaliar a resposta ao tratamento e ajustar intervenções precocemente.

6.3. Tratamento

O tratamento da CAD tem como principais objetivos:

- Correção da desidratação e das perdas de eletrólitos;
- Correção da acidose metabólica e reverter a cetose;
- Normalização progressiva da glicémia e da osmolaridade plasmática;
- Monitorização e tratamento de possíveis complicações;
- Identificação e tratamento do possível agente causador da DM;
- Gerir doenças pré-existentes ou fatores precipitantes.

Em suma, pretende-se estabilizar os níveis de glicose no sangue com insulinoterapia e restaurar o equilíbrio hidroeletrolítico.

6.3.1. Fluidoterapia

Os objetivos da fluidoterapia incluem a expansão de volume intra e extravascular, restauração da perfusão renal e promoção gradual da diminuição da concentração de sódio e da osmolaridade.

Em situações mais graves, o grau de desidratação varia entre 5 a 7%, que deverá ser corrigido entre 24 a 48 horas (ou em 72 horas na presença de edema cerebral), utilizando NaCl 0,9%, NaCl 0,45% ou lactato de Ringer.

O total de fluídos a administrar não deverão exceder 150% a 200% das necessidades diárias. Na presença de uma criança/jovem obesa, os cálculos de fluidoterapia deve ter por base o peso ideal para o sexo e estatura.

6.3.2. Potássio

Nas situações de CAD está sempre presente um défice absoluto de potássio, sendo a sua reposição obrigatória, de acordo com os valores séricos iniciais. O défice de potássio é causado por perdas renais, vómitos, hiperosmolaridade e agravado pela correção da acidose e administração de insulina.

Deverá haver uma monitorização eletrocardiográfica contínua, e estar atento à presença de:

- Hipocaliémia – intervalo PR prolongado, ondas T aplanadas e invertidas, depressão ST, ondas U proeminentes, intervalo QT aparentemente prolongado.
- Hipercaliémia – ondas T altas, pontiagudas e simétricas, intervalo QT curto.

Perante uma hipocaliemia grave, protelar o início da perfusão de insulina IV até valores de potássio séricos superiores a 2,5mmol/L.

6.3.3. Fosfato

Na presença de CAD há ainda depleção de fosfato, contudo a sua administração por rotina está contraindicada, dado o risco de hipocalcemia.

6.3.4. Bicarbonato

Também pelo risco de hipocaliémia a administração de bicarbonato por rotina não está indicada, exceto se acidose grave (pH <6,9) ou hipercalémia com compromisso evidente da contratilidade cardíaca, uma vez que a sua administração agrava a acidose cerebral. Se a sua administração for estritamente necessária, deve ser numa perfusão de 60 minutos.

6.3.5. Insulina

A administração de insulina é fundamental para restaurar o metabolismo celular normal, eliminar a lipólise e a cetogénese para normalizar as concentrações de glicose no sangue.

A perfusão de insulina IV apenas deve ser iniciada após pelo menos 1 hora de administração de expansor de volume (cristalóide).

Os bólus de insulina IV estão sempre contraindicados, pelo risco de edema cerebral, choque e hipocalémia grave.

Está indicada a perfusão IV de 50U de insulina rápida até 50ml de NaCl 0,9% (1U = 1ml). Esta tem estabilidade de 24 horas.

6.4. Fase de Estabilização

A introdução de dieta líquida pode ser iniciada na presença de melhoria clínica evidente, podendo ainda estar presente ligeira acidose/cetose). Se houver tolerância oral, pode ser iniciada uma dieta fracionada com hidratos de carbono de absorção lenta, sem gordura, como pão, bolachas, leite e/ou iogurte magro) e ir reduzindo a fluidoterapia IV em consonância.

Assim que a CAD estiver resolvida, ou seja, pH > 7,3, bicarbonato sérico >15mmol/L e cetonémia <3mmol/L e se houver tolerância oral, a fluidoterapia IV pode ser descontinuada e planear a administração de insulina SC. O momento ideal para iniciar a insulina SC é antes de uma refeição. A perfusão de insulina IV apenas deve ser terminada 30 minutos (se análogo de ação rápida) ou 2 horas (se insulina regular) após a administração da insulina SC.

Para cálculos de dosagem de insulina SC a administrar, é considerado o fator de sensibilidade (1U insulina baixa a glicémia em x mg(dl), a glicémia desejada (varia consoante a idade e o período do dia), o valor de glicémia avaliado e o total de porções de HC a ser ingeridas pela criança/jovem.

6.5. Complicações

A intervenção de enfermagem visa prevenir ou antecipar qualquer complicação associada à CAD.

6.5.1. Edema Cerebral

As causas que levam ao edema cerebral ainda não estão bem estabelecidas, contudo, há relação com a desidratação, com a redução da osmolaridade sérica e com a hipoperfusão cerebral.

Por norma, o edema cerebral surge nas primeiras 12 horas após o início do tratamento da CAD, mas pode ocorrer antes da instituição do tratamento ou de uma forma mais tardia, após 24 a 48 horas de fluidoterapia.

Os **fatores de risco** de desenvolvimento de edema cerebral incluem:

- Idade inferior a 5 anos;
- Episódio inaugural;
- Duração prolongada dos sintomas;
- Hipocápnia acentuada;
- Uremia;
- pH inicial inferior a 7,1, necessidade de administração de bicarbonato para corrigir a acidose;
- Volumes de fluídos superiores a 50ml/Kg nas primeiras 4 horas de reidratação;
- Descida rápida da osmolaridade nas primeiras horas;
- Aumento marcado da natrémia e da diurese;
- Rápida descida do sódio corrigido nas primeiras horas;
- Administração de insulina na primeira hora de tratamento.

Por outro lado, os **sinais e sintomas** perante os quais deverá suspeitar de edema cerebral são:

- Cefaleia com apresentação ou agravamento após o início do tratamento da CAD;
- Vómitos persistentes (podem ser considerados um sinal de défice de insulina);
- Alteração do estado de consciência, como irritabilidade, prostração, confusão e/ou incontinência, flutuação do estado de consciência;
- Resposta anormal (motora ou verbal) à dor;
- Postura de descorticação ou descerebração;
- Paralisia de pares cranianos, anisocoria, edema da papila;
- Tríade de Cushing: hipertensão arterial, bradicardia, bradipneia/hipoxémia;
- Hiponatremia mantida ou aumento rápido da concentração plasmática de sódio.

O tratamento deve ser instituído perante suspeita ou confirmação diagnóstica.

O edema cerebral constitui a principal causa de morte em crianças/jovens com CAD, pelo que está preconizada a realização de Tomografia Axial Computorizada Crânio após estabilização da criança/jovem, sendo que o exame de neuroimagem não é necessário para o diagnóstico definitivo.

6.5.2. Hipoglicémia

A hipoglicémia é considerada quando os valores de glicémia são suficientemente baixos para causar sinais/sintomas da ativação adrenérgica (suores frios, tremores, nervosismo, fraqueza, palpitações ou formigueiro) e/ou disfunção cerebral (cefaleia, desorientação, perturbação da linguagem, distúrbios visuais, alterações do comportamento, convulsões, perda de consciência, coma).
Na criança/jovem com diabetes, considera-se hipoglicémia se o valor da glicémia for inferior a 70mg/dl, e deve ser corrigida.

A atuação e tratamento em casos de hipoglicémia deve ser o mais precoce possível.

Outras complicações possíveis incluem hipocaliémia; hipofosfatémia; hipocalcémia; hipomagnesémia; acidose hiperclorémica; outras complicações do SNC (trombose dos seios venosos, trombose da artéria basilar, hemorragia intracraniana, isquemia cerebral); trombose venosa; embolismo pulmonar; sépsis; pneumonia de aspiração; síndrome de dificuldade respiratória aguda; pneumotórax, pnemomediastino, enfisema subcutâneo; rabdomiólise; isquemia intestinal; pancreatite aguda e insuficiência renal aguda.

7. DESCRIÇÃO

A presença de CAD requer uma equipa de enfermagem diferenciada e capacitada na área da DM. **A equipa de enfermagem deve:**

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
- Pesar o doente, ter um peso atual e nunca baseado em registos prévios ou dados fornecidos pelos pais. -Posteriormente o peso corporal deve ser avaliado diariamente até estabilidade clínica.	- Realização rigorosa dos cálculos para tratamento e estabilização de CAD e do balanço hídrico.
- Avaliação contínua dos sinais vitais, com monitorização cardíaca.	- Manter vigilância hemodinâmica da criança/jovem.
- Cateterização venosa de duas veias periféricas para administração de terapêutica IV e monitorização de valores laboratoriais.	- Tendo em consideração que as colheitas de sangue são frequentes, uma das vias deve ser utilizada apenas para

-Considerar colocação de linha arterial.	colheitas de sangue, de modo a evitar mais procedimentos dolorosos.
- Cateterização vesical contínua	- Monitorização do débito urinário e do balanço hídrico. - Permitir a normal drenagem do conteúdo vesical.
- Monitorização rigorosa da glicémia de hora a hora. -A cetonémia é avaliada a cada 2 horas, bem como o ionograma.	- O objetivo é alcançar valores de glicémia entre os 70 e os 180 mg/dl e cetonémia inferior a 0,6 mmol/L.
- Avaliação dos sinais de desidratação: pele e mucosas secas; olhos encovados; choro sem lágrima; tempo de preenchimento capilar prolongado; turgor anormal da pele e pulsos fracos e extremidades frias. -Em casos graves de desidratação pode haver hipotensão e oligúria.	- Prevenir e/ou antecipar complicações associadas à CAD.
QUANDO É INICIADA A PERFUSÂO DE INSULINA IV: - O soro deverá passar a conter dextrose 5%. - A perfusão nunca deve ser parada, contudo o ritmo pode ser reduzido, se necessário. - Pode ser administrada em Y com a soroterapia. **PREPARAÇÃO DA PERFUSÃO DE INSULINA:** - Adicionar 100U de insulina rápida até 100ml de NaCl 0,9%. - Aspirar 50ml da solução preparada com uma seringa de 50ml, purgar o sistema	- Prevenir complicações associadas à CAD. - A insulina adere às paredes do sistema de perfusão.

com o total do conteúdo aspirado, desperdiçando-o. - Aspirar os restantes 50ml e purgar o prolongamento.	
INICIAR INSULINA SC: - O momento ideal para iniciar a insulina SC é antes de uma refeição. - A perfusão de insulina IV apenas deve ser terminada 30 minutos (se análogo de ação rápida) ou 2 horas (se insulina regular) após a administração da insulina SC. - A avaliação da glicémia capilar deverá ser mantida a cada 3h, com respetiva correção com bólus de insulina rápida.	- Prevenir e/ou antecipar complicações associadas à CAD. - Prevenir hiperglicémia de *rebound.* -Prevenir e/ou antecipar episódios de hiperglicémia/hipoglicémia.
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERANTE A PRESENÇA DE EDEMA CEREBRAL: - Perante estes fatores de risco apresentados anteriormente, deverá estar preparada à cabeceira do doente uma solução hipertónica (NaCl 3% ou manitol). - Elevação da cabeceira a 30º e manter a cabeça do doente alinhada na linha média; - Administração de solução hipertónica (NaCl 3% ou manitol) • <u>NaCl 3%</u> - 15 ml de NaCl 20% + 85ml de água destilada – administrar em bólus de 15 minutos;	- Atuar rapidamente na presença de edema cerebral. - Reduzir a pressão intracraniana.

• Manitol 20% - administrar em 20 minutos. - Reduzir ritmo de fluidoterapia para 1/3, de modo a manter uma pressão arterial normal; - Cateterização vesical, se ainda não tiver sido realizada. - Avaliar a permeabilidade da via aérea e a presença de insuficiência respiratória secundária a compromisso neurológico – a intubação endotraqueal está indicada. - Vigilância contínua dos sinais vitais para despiste de hipotensão.	- Manter a pressão arterial normal. - Permitir a normal drenagem do conteúdo vesical. - Manter a permeabilidade da via aérea. - Manter uma adequada ventilação. - A hipotensão pode comprometer a perfusão cerebral.
- Proceder aos devidos registos no sistema informático.	- Avaliar a evolução da criança/jovem. - Proporcionar a continuidade dos cuidados de enfermagem.

8. SIGLAS E ABREVIATURAS

CAD – Cetoacidose Diabética
DM – Diabetes Mellitus
HC – Hidratos de carbono
HSM – Hospital de Santa Maria
IV – Intravenoso
Kg – Kilogramas
mg/dl - miligramas por decilitro
ml - mililitros
mmol/L – milimoles por litro
NaCl – Cloreto de sódio
PCO2 - Pressão parcial do gás carbónico
pH - potencial hidrogeniónico
SC – Subcutânea
U – Unidades
UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

6- ANEXOS

Fazem parte integrante da presente Norma:

Anexo I – Escala de Coma de Glasgow Pediátrica

Anexo II – Fluxograma de atuação na CAD

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costa, J. M. D. A., Rabelo, F. A., Sicupira, I. L., Vieira, L. K., Nogueira, G. B., Piza, L. M., Pereira, V. S. V., Silva, S. O., & Moreira, D. P. (2022). Manejo e tratamento de Cetoacidose em crianças: Uma revisão narrativa: Management and treatment of Ketoacidosis in children: a narrative review. *Brazilian Journal of Health Review*, *5*(5), 20183–20194. https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-190

Dai, H., Chen, Q., Huang, H., Wu, K., & Yang, X. (2022). The Role of Nurses in Taking Care of Children With Type 1 Diabetes. *Alternative Therapies*, *28*(1), 107–113.

Dhatariya, K. K., Glaser, N. S., Codner, E., & Umpierrez, G. E. (2020). Diabetic ketoacidosis. *Nature Reviews Disease Primers*, *6*(1), 40. https://doi.org/10.1038/s41572-020-0165-1

Galhardo, J., Monteiro, A. C., Martins, A. S., Dias, Â., Mendes, C., Meireles, C., Correia, C. C., Laranjo, G., Lobarinhas, G., Campos, J., Ribeiro, L., Oliveira, M. J., Ferreira, P., Morais, R. B., Pina, R., Parente, S., Martins, V., & Dinis, I. (2019). Cetoacidose Diabética—Protocolo. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, *Grupo de Trabalho de Diabetes Mellitus*, 1–15.

Gomes, A. L., Camilo, C., Abecasis, F., Albuquerque, J., Marques, J. G., Vieira, M., Quintas, S., & Correia, M. (2019). *Protocolos de Urgência em Pediatria* (4ª). American College of Sports Medicine (ACSM).

Gripp, K. E., Trottier, E. D., Thakore, S., Sniderman, J., & Lawrence, S. (2023). Current recommendations for management of paediatric diabetic ketoacidosis. *Paediatrics & Child Health*, *28*(2), 128–132. https://doi.org/10.1093/pch/pxac119

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 − Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 03/2023*. Observatório da Diabetes.

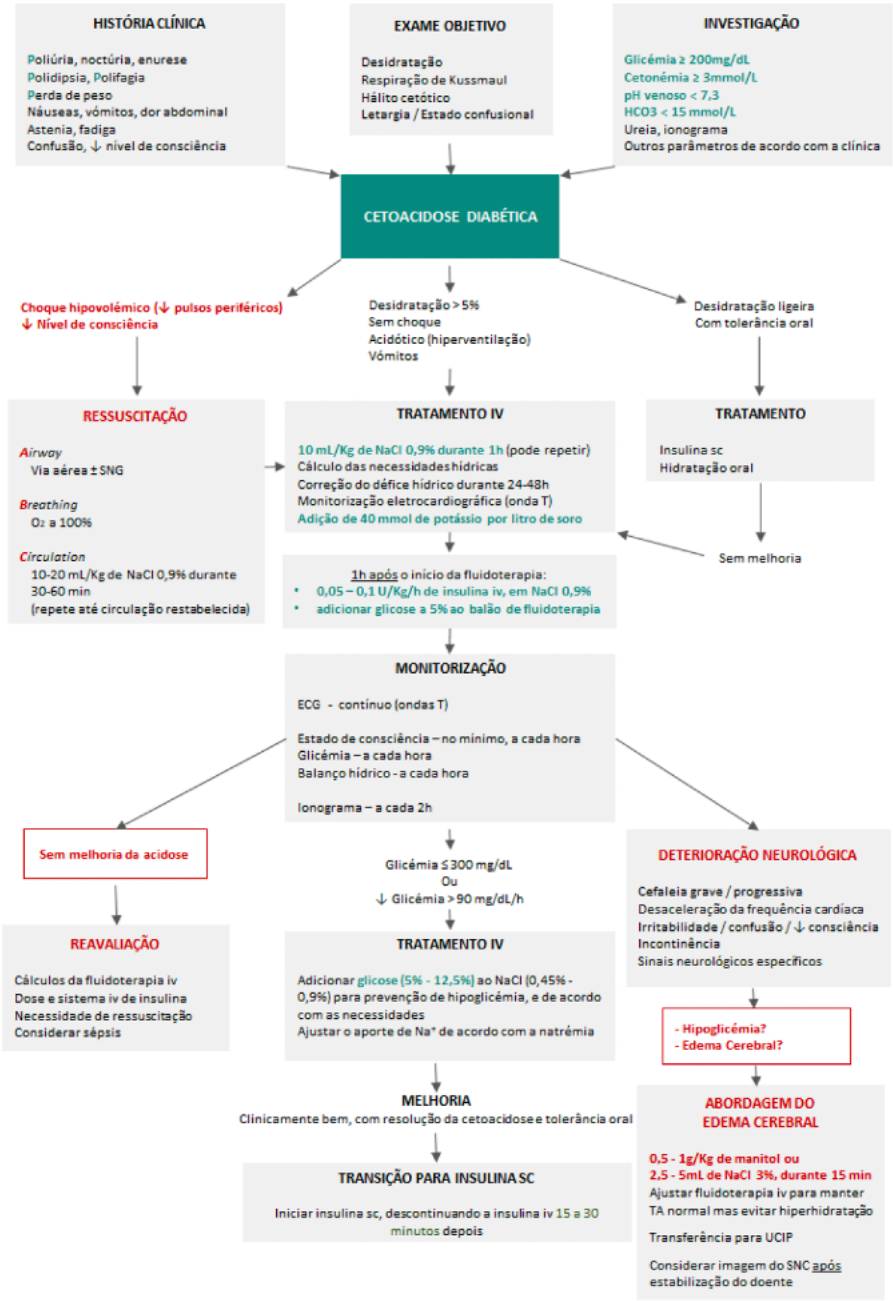
Wolfsdorf, J. I., Glaser, N., Agus, M., Fritsch, M., Hanas, R., Rewers, A., Sperling, M. A., & Codner, E. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Diabetic ketoacidosis and the hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatric Diabetes*, *19*, 155–177. https://doi.org/10.1111/pedi.12701

Anexo I – Escala de Coma de Glasgow Pediátrica

Resposta	Criança >1 ano	Criança ≤ 1 ano	Pontuação
Abertura dos Olhos	Espontaneamente	Espontaneamente	4
	Em resposta à voz	Em resposta à voz	3
	Em resposta à dor	Em resposta à dor	2
	Sem resposta	Sem resposta	1
Verbal	Orientada e conversa	Sorri, murmura, balbucia	5
	Desorientada, confusa	Choro consolável	4
	Palavras inapropriadas	Choro persistente e inapropriado	3
	Sons incompreensíveis	Agitação, gemido	2
	Sem resposta	Sem resposta	1
Motora	Obedece a ordens	Movimentos espontâneos	6
	Localiza a dor	Retira em resposta ao toque	5
	Retira de acordo com a flexão	Retira de acordo com a flexão	4
	Flexão anormal (rigidez descorticada)	Flexão anormal (rigidez descorticada)	3
	Extensão anormal (rigidez descerebrada)	Extensão anormal (rigidez descerebrada)	2
	Sem resposta	Sem resposta	1

Fonte: Cetoacidose Diabética – Protocolo de Galhardo et al. (2019).

Anexo II – Fluxograma de atuação na CAD



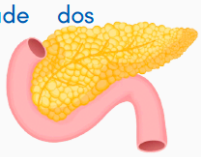
Fonte: Protocolo de Cetoacidose Diabética de Galhardo et al. (2019).

Apêndice XIV - Cartaz Informativo “O meu filho tem Diabetes e está nos Cuidados Intensivos! E agora?”

O MEU FILHO TEM DIABETES E ESTÁ NOS CUIDADOS INTENSIVOS! E AGORA?

O QUE É A DIABETES?

- É uma doença crónica em que as células do pâncreas deixam de produzir insulina ou há uma diminuição da sensibilidade dos tecidos à sua ação.
- Há um aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue --> **Hiperglicémia**



O QUE É A GLICÉMIA?

- Concentração de açúcar (glicose) no sangue;
- Como saber o valor: Usando um glucómetro e tiras de teste (através de uma picada no dedo).

Tipos de Diabetes

Diabetes Tipo 1

Mais comum na infância – as células do pâncreas são destruídas e há um défice total de insulina

Requer administração diária de insulina

Diabetes Tipo 2

Mais comum nos adultos – a insulina é produzida em quantidade insuficiente ou o organismo não a consegue utilizar

O QUE É A INSULINA?

- É uma hormona produzida pelo pâncreas, usada para metabolizar açúcares, gorduras e proteínas, dando energia ao organismo.
- É administrada no tecido subcutâneo, que se localiza abaixo da pele.

Em casos mais graves pode ocorrer uma complicação designada de cetoacidose diabética, que pode necessitar de internamento em cuidados intensivos

Aqui o seu filho pode apresentar: náuseas; vómitos; dor de barriga; dor de cabeça; confusão e/ou perda de consciência (coma).

O QUE É UMA HIPOGLICÉMIA?

- É a diminuição dos valores da glicémia abaixo dos 70mg/dl – Requer tratamento imediato.
- Deve estar atento a: palidez, suores, fraqueza, tremores, palpitações, irritabilidade e alterações na linguagem e deglutição.

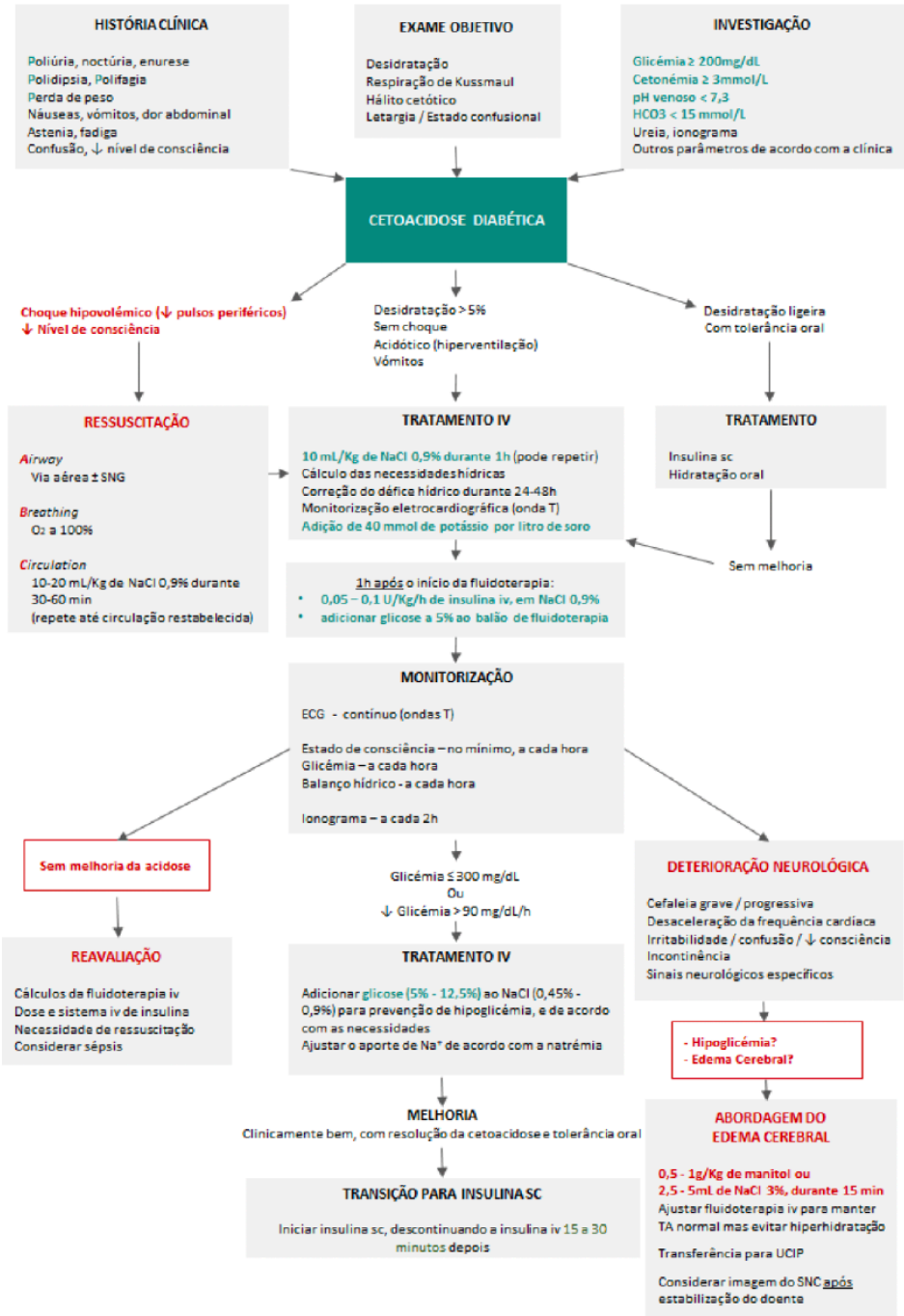
- Uma alimentação saudável é fundamental para uma adequada gestão da diabetes e para o crescimento e desenvolvimento normais do seu filho.

Elaborado por:
Enf.ª Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa
Revisto por:
Prof.ª Dr.ª Joana Romeiro

Referências Bibliográficas

Apêndice XV- Fluxograma de atuação na CAD

Fluxograma de Atuação na Cetoacidose Diabética



Fonte: Protocolo de Cetoacidose Diabética de Galhardo et al. (2019).

Apêndice XVI - Fundamentação teórica: Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais - *The Nurse Parent Support Tool*

A prática do enfermeiro é centrada nas relações entre o mesmo e uma pessoa individual ou um grupo de pessoas (família). Um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, abarca a satisfação do cliente com respeito pelas suas individualidades, procura de empatia nas relações estabelecidas, envolvimento do cliente e família no planeamento dos cuidados e o empenho do enfermeiro. Estas abordagens tem como propósito diminuir o impacto negativo das mudanças do ambiente impostas pela necessidade de assistência à saúde, na procura da melhoria da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A satisfação em saúde é essencial como métrica da avaliação dos cuidados prestados uma vez que fornece dados sobre a eficácia dos cuidados comparando-os com as expectativas prévias de quem é cuidado (Cerejeira et al., 2023), já que estas variam de indivíduo para indivíduo relativamente à hospitalização, tratamento e qualidade dos cuidados prestados (Freitas et al., 2016).

Em saúde infantil e pediatria, torna-se necessário e fundamental conhecer a avaliação dos cuidados na perspetiva dos cuidadores, para manter uma verdadeira relação de parceria com as famílias (Sousa, 2016). Assim, a opinião e satisfação da(s) pessoa(s) tem sido tida em conta para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Aqui podemos percecionar dois conceitos fundamentais, o de satisfação e o de qualidade, sendo que o primeiro é subjetivo, influenciado por fatores situacionais e pessoais e altera-se conforme o contexto, sendo assim de difícil medição; já o segundo relaciona-se com o desempenho técnico e relacional com o sujeito alvo de cuidados (Mateus & Sousa, 2016).

Perante a complexidade inerente a uma unidade de cuidados intensivos relacionada com a parte técnica, a componente humana e comportamental não pode ser negligenciada (Sousa & Meneses, 2016). As intervenções conduzidas no âmbito da melhoria da qualidade devem estar alinhadas com um plano interventivo que se efetive de um modo prático, eficaz e sustentável (Organização Mundial da Saúde, 2020).

A literatura identifica que são notadas alterações no papel parental conforme a criança é cuidada por profissionais de saúde num ambiente desconhecido, como é o meio hospitalar (Miles et al., 1999). Dar voz aos sujeitos dos cuidados, tornando-os participativos nas tomadas de decisões torna-se fundamental na perspetiva de Mateus & Sousa (2016), uma vez que em pediatria a criança não se dissocia da sua família.

Considerando um internamento da criança/jovem numa unidade de cuidados intensivos, em que a instabilidade hemodinâmica e incerteza no futuro são comuns, estão inerentes alterações no papel parental. Deste modo, a utilização da taxonomia NANDA-

I ajuda a classificar fenómenos de interesse de enfermagem. Por este motivo, e sendo primordial a avaliação do papel parental, destaca-se a inclusão de diagnósticos que integram o domínio 7 NANDA-I do relacionamento de papéis, realçando a paternidade prejudicada ou risco para paternidade prejudicada, sendo um dos fatores de risco a alteração do papel parental; a tensão do papel de cuidador ou risco de tensão na função de cuidador; processos familiares interrompidos; relacionamento ineficaz; risco de relacionamento ineficaz; conflito de papel parental; desempenho de função ineficaz. Realça-se ainda o domínio 9 NANDA-I de coping/tolerância ao stress, dando destaque aos diagnóstico de ansiedade, coping ineficaz, coping familiar comprometido, ansiedade da morte, impotência, risco de impotência, resiliência prejudicada, risco de resiliência prejudicada, sobrecarga de stress, conflito de decisão, angústia espiritual e risco de angústia espiritual (Herdman et al., 2021).

Por outro lado, considera-se pertinente ter em consideração que o grau de satisfação é altamente subjetivo e que pode ser influenciado por inúmeras variáveis (Mateus & Sousa, 2016). Assim, o modo de atuação do enfermeiro pode ter impacto na maneira como os pais lidam com o processo de saúde-doença e a hospitalização, bem como no cuidar no domicílio após a alta e os problemas inerentes a esse processo (Miles et al., 1999).

Os pais pretendem que os enfermeiros entendam as suas particularidades, cuidem não só da criança mas deles e oiçam os seus sentimentos e preocupações (Miles et al., 1999). Deste modo, a Ordem dos Enfermeiros (2011) expõe que a aplicação de escalas validadas e fiáveis é benéfica na medição do indicador de qualidade no âmbito da satisfação parental, uma vez que a determinação das perceções dos pais através de uma escala culturalmente aceite, rigorosa e adequada é fundamental para uma conduta de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Turan et al., 2016; Dall'Oglio et al., 2018).

Desta forma, surge a escala "*The Nurse Parent Support Tool*", traduzida para a língua portuguesa para Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais, desenvolvida com base num Modelo de Suporte Social de Enfermagem de House (1981) e tem quatro domínios centrais com foco no apoio, nomeadamente informativo, emocional, cognitivo/apreciativo e instrumental. Esta escala foi inicialmente concebida para aplicação em unidades de cuidados intensivos neonatais, de modo a avaliar fatores *stressores* no ambiente físico e psicossocial (Miles et al., 1999). Especificando cada uma deles, o apoio informativo remete para uma comunicação compreensiva baseada em suporte parental, capacitação parental, comportamento da criança e necessidades durante

o internamento. O apoio emocional envolve a escuta, confiança e preocupações com situações inerentes à sua vida. Já o apoio cognitivo/apreciativo compreende o fornecimento de informações, bem como de suporte social, suportando o papel parental. Por fim, o apoio instrumental relaciona-se com o apoio perante os domínios físicos, psicológico e social, por exemplo mediante alterações financeiras, laborais ou no ambiente (Miles et al., 1999; Sousa, 2016).

A escala de autorrelato contempla 21 itens, sendo preenchida pelos pais onde lhes é pedido que classifiquem o apoio fornecido pela equipa de enfermagem através do preenchimento dos itens, classificando cada um deles, com base na Escala de *Likert* de 1 a 5 – quase nunca, poucas vezes, algumas vezes, a maioria das vezes e quase sempre. Para a avaliação final, todos os itens são somados e divide-se o valor total pelo número de itens preenchidos. Quanto mais altas forem as pontuações, maior é a perceção de apoio da equipa de enfermagem por parte dos pais em termos de quantidade e qualidade, transpondo, por conseguinte, para um maior grau de satisfação parental. A fiabilidade da consistência interna foi relatada como muito elevada (Miles et al., 1999). A aplicação da escala deverá ser após 72 horas de internamento na unidade e preenchida pelo cuidador de referência da criança/jovem, de livre e esclarecida vontade, devendo ser preservado o anonimato (Sousa, 2016).

A aplicação desta escala permite avaliar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem e contribuir para a melhoria contínua, através da medição por um indicador, uma vez que já em 1999 foi enunciado por Miles e colaboradores a importância do apoio dado aos pais pelo enfermeiro durante a hospitalização, como aspecto fundamental do cuidar em enfermagem, na capacidade dos pais em lidarem com situações de crise e no desenvolvimento de competências parentais tanto durante o internamento como após a alta, avaliando indiretamente a qualidade dos cuidados de enfermagem. Rossetto et al. (2011) destacam ainda a sua importância como modo de avaliar se as orientações da equipa de enfermagem são ou não efetivas para as necessidades de cada família, uma vez que segundo Valadão (2012) as intervenções só serão melhoradas se avaliarmos o modo como o enfermeiro apoia os pais, tendo em conta o ponto de vista dos pais, visto que as suas necessidades não podem ser descuradas.

A aplicação desta escala prende-se não só com o facto de a satisfação dos pais ser um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, mas também para identificar áreas prioritárias de atuação na área do apoio aos pais, que podem ser fulcrais num

processo futuro de transição para o domicílio. A avaliação da satisfação dos pais permite ainda avaliar as necessidades de apoio parental (Ciupitu-Plath et al., 2021).

Um estudo realizado por Aftyka e colaboradores (2017) após aplicação da escala, demonstrou que o nível de *stress* dos pais, em média, era inversamente proporcional ao apoio dado pela equipa de enfermagem e que o apoio emocional era o que era prestado em menor percentagem, o que pode ser explicado pela falta de cuidado emocional dos enfermeiros face aos problemas emocionais das famílias. Os mesmos autores, relataram que no seu estudo o apoio de enfermagem dado aos pais foi baixo (média 3,53 pontos), concluindo que o apoio fornecido aos pais de crianças hospitalizadas não é suficiente, uma vez que os enfermeiros se focam mais na natureza instrumental da profissão.

Ao invés, um estudo desenvolvido por Sousa (2016), concluiu que os pais sentiram na maioria das vezes ou quase sempre apoio por parte dos enfermeiros; que o item da escala mais pontuado foi "Cuidou bem do meu filho (a)" e que os itens menos pontuados se relacionam com a informação e com o envolvimento nos cuidados e na tomada de decisão.

Já o estudo de Turan e colaboradores (2016) constatou, baseando-se nos resultados dos testes de confiabilidade e validade, que a escala pode ser usada eficazmente para avaliar o apoio dos enfermeiros aos pais em unidade de cuidados intensivos. Quanto à adaptação da escala para a realidade portuguesa, já em 2011, os autores Rossetto e colaboradores, evidenciaram que a mesma já se encontrava traduzida e adaptada para Portugal.

Uma participação ativa na avaliação da satisfação de quem recebe cuidados configura-se como uma ferramenta relevante para aprimorar o planeamento dos cuidados de enfermagem (Cerejeira et al., 2023). É da opinião de Freitas e colaboradores (2016), que as organizações de saúde devem realizar uma análise, de modo a aferir se as necessidades e expectativas das pessoas cuidadas estão a ser satisfeitas.

Em suma, aplicar a escala referenciada torna-se um eixo prioritário de intervenção na área da melhoria contínua da qualidade, uma vez que Sousa (2016) elucida que permite identificar posturas, condutas e intervenções dos enfermeiros a aprimorar na área do apoio, na ótica dos pais, aumentando a motivação em melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Miles e colaboradores (1999), associaram um maior nível de apoio aos pais com um maior grau de satisfação com os cuidados de enfermagem. Ainda na perspetiva da autora supramencionada e de Turan e colaboradores (2016), esta escala permite que a equipa de enfermagem possa refletir sobre aspetos dos cuidados centrados na família,

atuar de modo holístico, melhorar a sua prática clínica e identificar pais que precisam de apoio.

No futuro, crê-se que a aplicação da escala possa ajudar as famílias, indo de encontro às suas necessidades, uma vez que um internamento em cuidados intensivos pediátricos pressupõe cuidados diferenciados e especializados e requer muitos ajustes a nível familiar. Isto é suportado por informação proferida pelos autores Cerejeira e colaboradores (2023), ao mencionarem que a avaliação da satisfação dos cuidados permite a implementação de ajustes ou modificações necessárias nos cuidados, conduzindo a ganhos em saúde.

Apêndice XVII - Autorizações inerentes à aplicação da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais "*The Nurse Parent Support Tool*"

Catarina Pinheiro · escreveu no dia quinta, 19/10/2023 à(s) 11:08:

Bom dia,

Antes de mais peço desculpa por estar a incomodar.
Chamo-me Catarina Pinheiro e sou Enfermeira, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
Li e analisei a sua tese de mestrado intitulado de "Contributo para a adaptação intercultura da escala "Nurse Parent Support tool" para a realidade portuguesa", com agrado e dou-lhe deste já os parabéns pela escrita da mesma.
Encontro-me a fazer estágio numa UCIPED e gostaria de tentar implementar a escala supramencionada na unidade. Venho por este meio contactá-la a fim de pedir a sua autorização para utilizar dados do seu artigo para fins meramente académicos e de investigação.
Agradeço desde já,

Com os melhores cumprimentos,
Catarina Pinheiro

SV Sandra Valadao
Para: Você
seg, 30/10/2023 16:25

Cara Colega Catarina, é com agrado que autorizo a utilização da versão portuguesa da escala "Nurse Parent Support Tool" no seu trabalho académico. .
Votos de muito sucesso no mesmo.

Atentamente
Sandra Valadão

A quinta, 19 de out de 2023, 12:04, Catarina Pinheiro < > escreveu:

Bom dia,

Antes de mais peço desculpa por estar a incomodar.
Chamo-me Catarina Pinheiro e sou Enfermeira, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
Li e analisei o seu artigo intitulado de "Satisfação dos pais em relação aos cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos especiais neonatais e pediátricos - Aplicação da escala de apoio dos enfermeiros aos pais - Versão portuguesa da Nurse Parent Support Tool, na UCIENP do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca" com agrado e dou-lhe deste já os parabéns pela escrita do mesmo.
Encontro-me a fazer estágio numa UCIPED e gostaria de tentar implementar a escala supramencionada na unidade. Venho por este meio contactá-la a fim de pedir a sua autorização para utilizar dados do seu artigo para fins meramente académicos e de investigação.
Agradeço desde já,

Com os melhores cumprimentos,
Catarina Pinheiro

De: Mónica Sousa
Enviado: 19 de outubro de 2023 16:08
Para: Catarina Pinheiro
Assunto: Re: Escala "Nurse Parent Support Tool"

Olá Catarina,

Obrigada pelas suas palavras. É claro que pode utilizar o estudo, que este lhe seja muito útil no seu percurso académico e na sua pratica.
Se puder depois dar algum feedback do seu trabalho agradeço.

Boa sorte e muito sucesso.

Apêndice XVIII - Sessão Formativa “Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais – The Nurse Parent Support Tool”

Quadro 1 – Plano de sessão de formação

Sessão de Formação: "Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais – The Nurse Parent Support Tool"		**Pré-requisitos:** Sim	**Qual:** Enfermeiros	
Público-alvo: Equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos				
Formadora: Catarina Pinheiro		**Número de sessões:** As necessárias para formar pelo menos 60% da equipa de enfermagem		
Data: A definir tendo em conta a disponibilidade da equipa e do serviço (no início ou final das passagens de turno)		**Duração da sessão:** 15 minutos		
Local: Sala de trabalho da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos				
Objetivo geral: Divulgar informação científica na área da melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde infantil e pediátrica, com foco no papel parental				
Etapas	**Conteúdos**	**Métodos**	**Recursos**	**Duração (minutos)**
Introdução	Apresentação; Objetivo da sessão; Enquadramento da temática.	Expositivo/ interrogativo	<u>Materiais</u>: Computador; Apresentação em *PowerPoint;* Projetor <u>Humanos</u>: Equipa de Enfermagem	3 minutos
Desenvolvimento	Avaliação do papel parental; Apresentação e contextualização da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos pais; Aplicação da escala.	Expositivo		5 minutos
Conclusão	Considerações finais;	Expositivo		5 minutos

	Discussão sobre o tema da sessão.			
Avaliação	Avaliação da formação	Interrogativo		2 minutos

Avaliação:

Será realizado um breve questionário para avaliação da sessão supramencionada.

Indicadores de Processo

-% de enfermeiros presentes em todas as sessões de formação realizadas

N.º de enfermeiros presentes nas sessões/N.º de enfermeiros da equipa de enfermagem da UCIPed X 100%

Deverá ser igual ou superior a 60%.

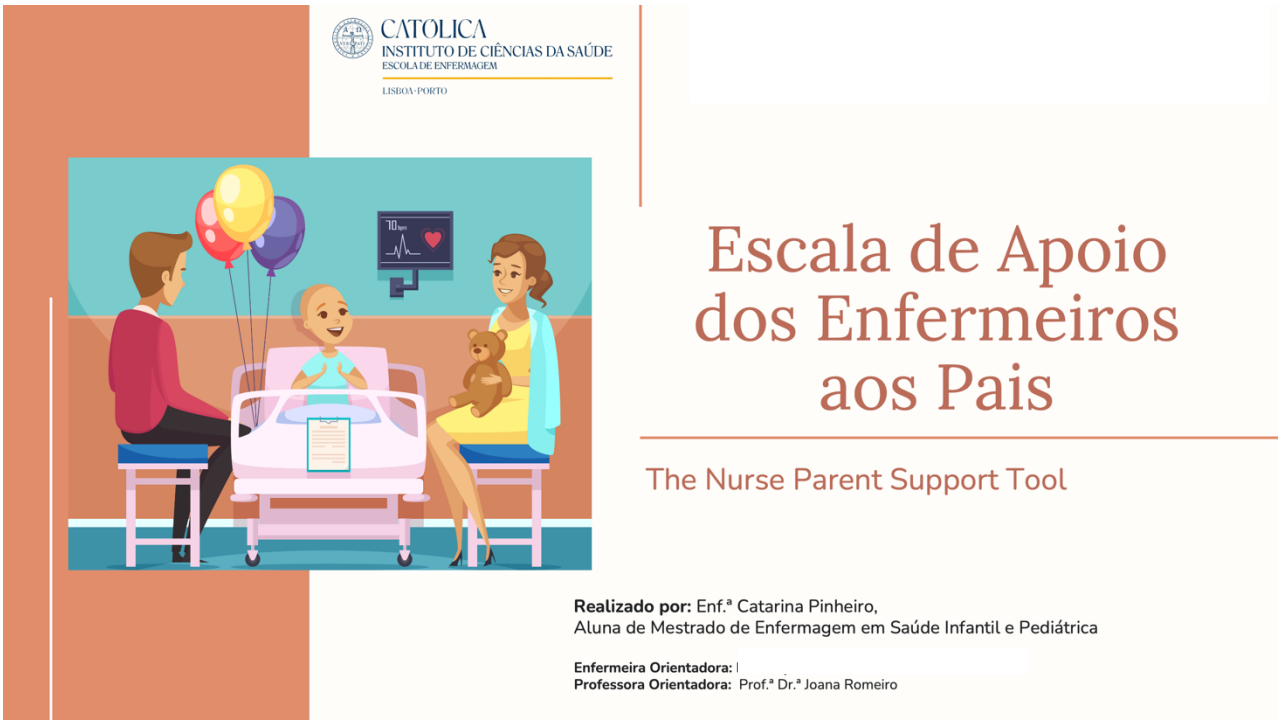
Indicadores de Resultado

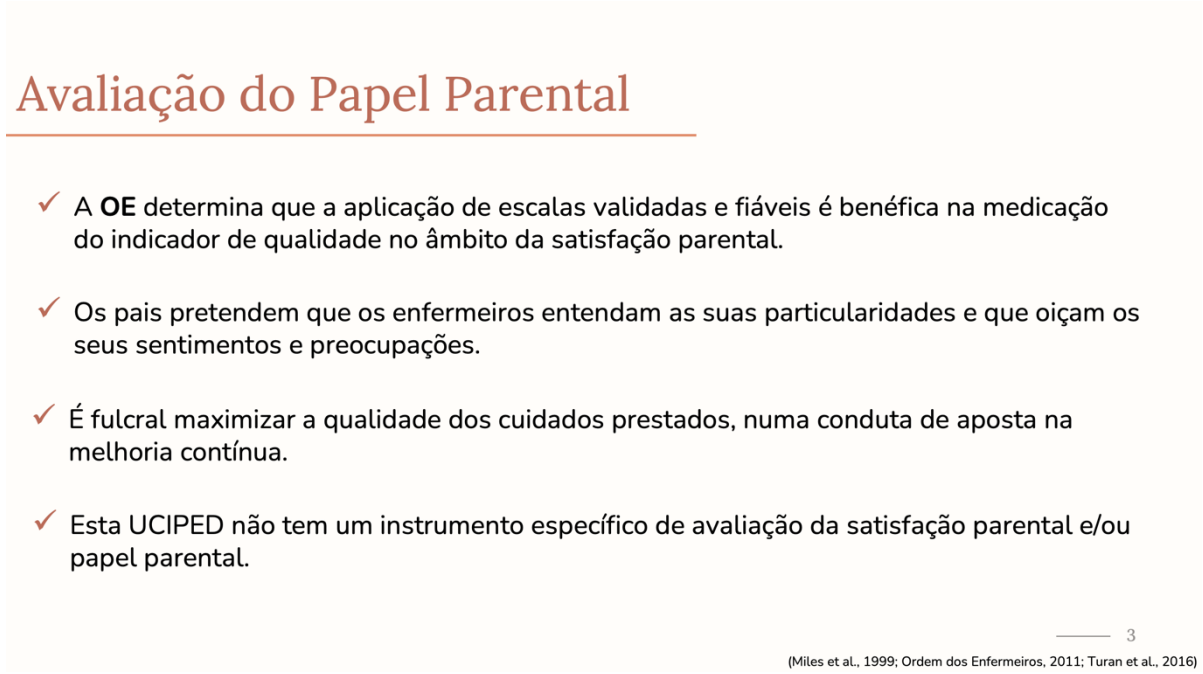
-N.º de alíneas com resposta positiva/N.º de alíneas questionadas X 100%

Deverá ser igual ou superior a 80%.

As alíneas com resposta positiva serão consideradas nas perguntas 3, 4 e 5, se a resposta for concordo ou concordo totalmente.

***PowerPoint* das Sessões "Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais – The Nurse Parent Support Tool"**





Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

- ✓ **"The Nurse Parent Support Tool",** desenvolvida por Miles e colaboradores em 1999.
- ✓ Baseada num Modelo de Suporte de Enfermagem.

4 Domínios Centrais com foco no Apoio

1. **Apoio Informativo**
2. **Apoio Emocional**
3. **Apoio Cognitivo/Apreciativo**
4. **Apoio Instrumental**

- ✓ Inicialmente concebida para aplicação em UCIN's.

4

(Miles et al., 1999)

Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

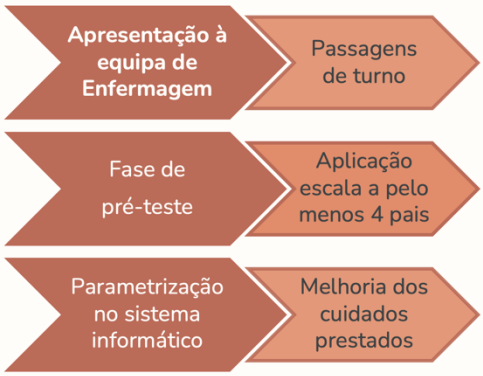
- ✓ Contempla **21 itens**, em que cada item é classificado com base na **Escala de *Likert***.
- ✓ Os pais classificam o apoio fornecido pela equipa de Enfermagem.
- ✓ Maiores pontuações estão associadas a:
  - ❖ Maior perceção de apoio por parte dos pais, em termos de qualidade e quantidade.
- ✓ <u>Critérios de Elegibilidade:</u>
  - ❖ Pais de crianças internadas na UCIPED, com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, que aceitem de livre e esclarecida vontade preencher a escala.

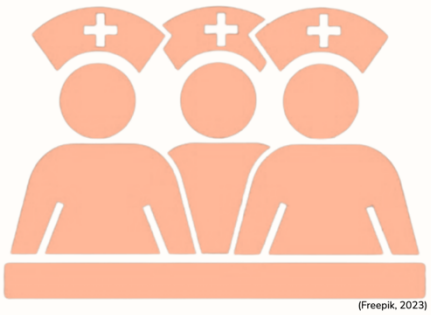
Aplicar após 72 horas de internamento na Unidade

5

(Miles et al., 1999; Sousa, 2016)

Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais Aplicação na UCIPED




(Freepik, 2023)

6

Referências Bibliográficas

- Mateus, F. J. D., & Sousa, P. M. da S. J. (2016). Satisfação dos pais com os cuidados na UCIP. Em Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso (pp. 105–127). Copyright.
- Miles, M. S., Carlson, J., & Brunssen, S. (1999). The Nurse Parent Support Tool. Journal of Pediatric Nursing, 14(1), 44–50.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Proposta do Conselho Directivo após aprovação por unanimidade na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica realizada no dia 16 de Julho de 2011.
- Sousa, M. G. R. C. (2016). Satisfação dos pais em relação aos cuidados de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos—Aplicação da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais. Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 4(1/2), 14–19.
- Turan, T., Başkale, H., & Öncel, G. (2016). Determining the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Nurse-Parent Support Tool and the Stress Levels of Parents of Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. Clinical Nurse Specialist, 30(3), E1–E10. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000204

Imagens:

- iStock (s.d.), https://www.istockphoto.com/pt

7

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

The Nurse Parent Support Tool

Realizado por: Enf.ª Catarina Pinheiro,
Aluna de Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermeira Orientadora:
Professora Orientadora: Prof.ª Dr.ª Joana Romeiro

Escala disponibilizada aos enfermeiros em cada sessão

Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

Classifique as seguintes informações numa escala de 1 a 5: 1 – nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – na maioria das vezes; 5 – sempre.

Afirmações	Classificação
1 – Ajudou-me a falar sobre os meus sentimentos, receios ou preocupações.	
2 – Ajudou-me a compreender o que estava a ser feito ao meu filho(a) (por exemplo: exames, procedimentos, terapêutica, etc.).	
3 – Ensinou-me a prestar cuidados ao meu filho(a).	
4 – Fez-me sentir importante enquanto pai/mãe.	
5 – Deixou-me a decidir se desejava assistir ou não aos procedimentos técnicos.	
6 – Respondeu satisfatoriamente às minhas perguntas, ou procurou quem o fizesse.	
7 – Informou-me sobre as alterações e/ou melhorias no estado clínico do meu filho(a).	
8 – Inclui-me nas discussões quando foram tomadas decisões sobre os cuidados ao meu filho(a).	
9 – Ajudou-me a compreender o comportamento e as reações do meu filho(a).	
10 – Ajudou-me a saber como consolar o meu filho(a) durante ou após os procedimentos.	
11 – Informou-me se estava a desempenhar bem os cuidados ao meu filho.	
12 – Deu atenção às minhas preocupações.	
13 – Demonstrou preocupação em relação ao meu bem-estar (por exemplo: dormir, comer, etc.).	
14 – Ajudou-me a conhecer os nomes e funções dos membros da equipa que cuidou do meu filho(a).	
15 – Cuidou bem do meu filho(a).	
16 – Incentivou-me a fazer perguntas sobre o meu filho(a).	
17 – Foi sensível às necessidades especiais do meu filho(a).	
18 – Permitiu-me estar envolvido(a) nos cuidados prestados ao meu filho(a), sempre que possível.	
19 – Demonstrou gostar do meu filho(a).	
20 – Respondeu prontamente às necessidades do meu filho(a).	
21 – Foi optimista em relação ao meu filho/filha.	

Questionário de Avaliação da Sessão

1. Considera pertinente a avaliação do diagnóstico de enfermagem "Papel Parental" nesta unidade?
Sim ___
Não ___

2. Se respondeu sim à pergunta anterior, acha pertinente a aplicação da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais nesta Unidade?
Sim ___
Não ___

3. O formador teve domínio sobre a temática apresentada?
Concordo totalmente ___
Concordo ___
Não concordo nem discordo ___
Discordo ___
Discordo totalmente ___

4. O formador teve clareza na transmissão de conteúdos?
Concordo totalmente ___
Concordo ___
Não concordo nem discordo ___
Discordo ___
Discordo totalmente ___

5. A duração da sessão foi adequada?
Concordo totalmente ___
Concordo ___
Não concordo nem discordo ___
Discordo ___
Discordo totalmente ___

6. Comentários e sugestões de melhoria

_____

_____

Obrigada!

Extração, análise e interpretação dos dados referentes ao questionário anterior

As sessões intituladas de "Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais – *The Nurse Parent Support Tool*" foram projetadas para serem realizadas nas passagens de turno, a fim de conseguir abarcar um maior número de elementos da equipa de enfermagem e conseguir captar uma maior atenção dos mesmos por ser presencial.

Assim foram realizadas 4 sessões nos dias: 04/11 às 23h, 05/11 às 8h30 e 23h e 10/11 às 8h30, com um total de 22 participantes. Estas foram sempre realizadas presencialmente na sala de trabalho do serviço no final das passagens de turno. No final de cada sessão foi entregue um questionário anonimizado, ressalvando-se que houve enfermeiros que assistiram a mais do que uma sessão, contudo apenas preencheram o questionário da primeira vez que assistiram.

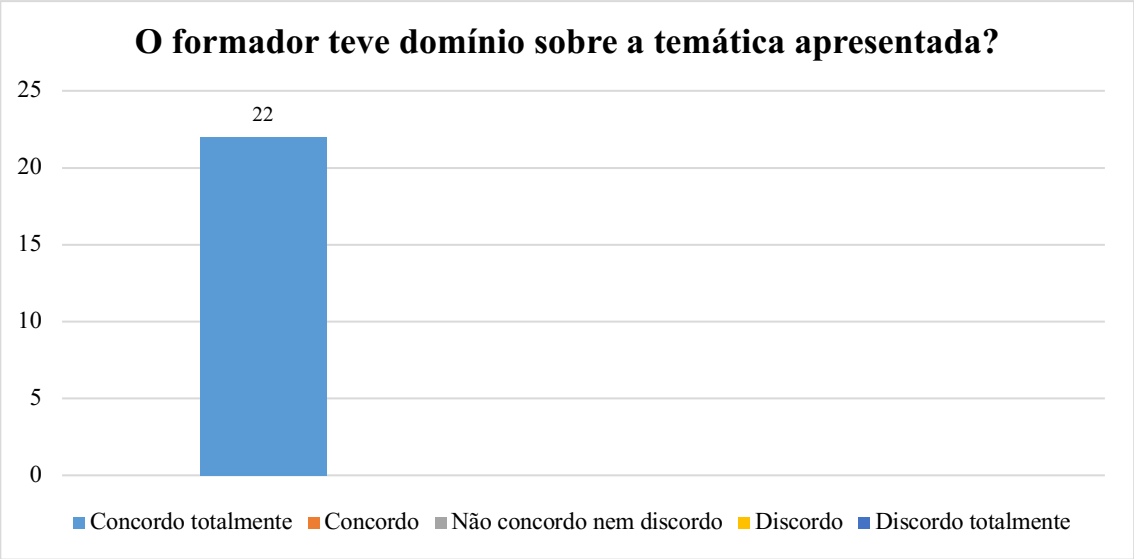
O indicador de processo definido previamente foi alcançado, uma vez que os vinte e dois participantes das sessões correspondem a 75,9% da equipa de enfermagem.

O questionário foi disponibilizado no final de cada sessão em formato de papel e a análise das respostas será descrita em seguida.

A pergunta 1 "Considera pertinente a avaliação do diagnóstico de enfermagem "Papel Parental" nesta unidade?" foi respondida por 100% dos participantes como sim, demonstrando a importância de avaliação deste diagnóstico, e, por conseguinte, da satisfação parental.

Relativamente à pergunta 2 "Se respondeu sim à pergunta anterior, acha pertinente a aplicação da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais nesta unidade? todos os enfermeiros inquiridos responderam afirmativamente.

Gráfico 1 – Domínio do formador



Após análise dos dados, conclui-se que todos os participantes das sessões concordaram totalmente que o formador tinha domínio sobre a temática apresentada.

Gráfico 2 – Clareza do formador na transmissão de conteúdo

Em consonância com a pergunta anterior, todos os participantes concordaram totalmente que o formador demonstrou clareza na transmissão de conteúdos durante a sessão apresentada.

Gráfico 3 – Duração da sessão

Por fim, a última pergunta retrata a duração da sessão, aferindo que 95,5% concordaram totalmente e 4,5% concordaram com a duração da sessão.

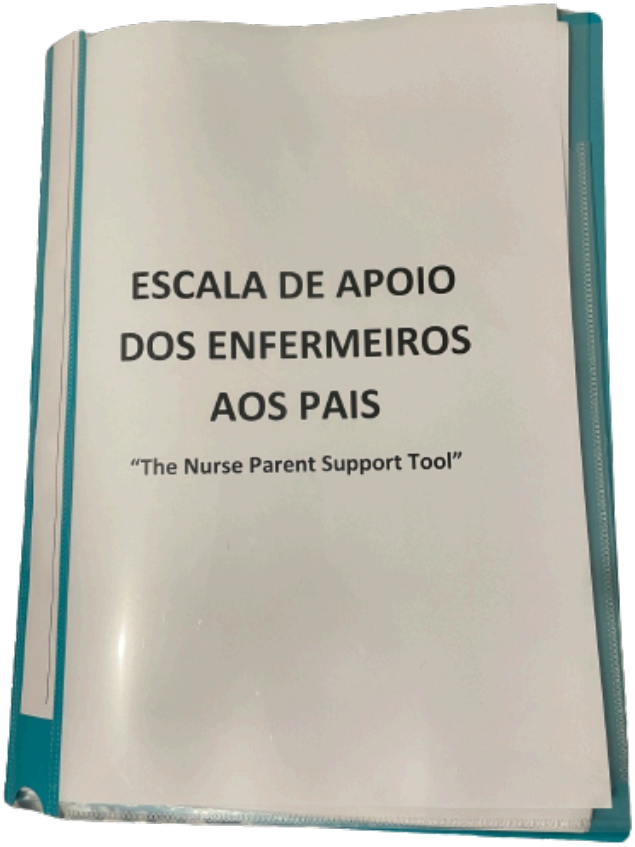
Em suma e considerando as respostas de todas as perguntas realizadas no questionário, pode-se concluir que a realização da sessão foi pertinente no âmbito do papel parental e que o formador demonstrou competência na realização da mesma.

Escala dividida por domínios

Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

Domínios	Afirmações
Apoio Informativo	2 – Ajudou-me a compreender o que estava a ser feito ao meu filho(a) (por exemplo: exames, procedimentos, terapêutica, etc.).
	5 – Deixou-me a decidir se desejava assistir ou não aos procedimentos técnicos.
	6 – Respondeu satisfatoriamente às minhas perguntas, ou procurou quem o fizesse.
	7 – Informou-me sobre as alterações e/ou melhorias no estado clínico do meu filho(a).
	8 – Inclui-me nas discussões quando foram tomadas decisões sobre os cuidados ao meu filho(a).
	9 – Ajudou-me a compreender o comportamento e as reações do meu filho(a).
	14 – Ajudou-me a conhecer os nomes e funções dos membros da equipa que cuidou do meu filho(a).
	16 – Incentivou-me a fazer perguntas sobre o meu filho(a).
Apoio Emocional	1 – Ajudou-me a falar sobre os meus sentimentos, receios ou preocupações.
	12 – Deu atenção às minhas preocupações.
	13 – Demonstrou preocupação em relação ao meu bem-estar (por exemplo: dormir, comer, etc.).
	19 – Demonstrou gostar do meu filho(a).
Apoio cognitivo/apreciação	4 – Fez-me sentir importante enquanto pai/mãe.
	11 – Informou-me se estava a desempenhar bem os cuidados ao meu filho.
	18 – Permitiu-me estar envolvido(a) nos cuidados prestados ao meu filho(a), sempre que possível.
Apoio Instrumental	3 – Ensinou-me a prestar cuidados ao meu filho(a).
	10 – Ajudou-me a saber como consolar o meu filho(a) durante ou após os procedimentos.
	15 – Cuidou bem do meu filho(a).
	17 – Foi sensível às necessidades especiais do meu filho(a).
	20 – Respondeu prontamente às necessidades do meu filho(a).
	21 – Foi otimista em relação ao meu filho/filha.

Pasta com material de Apoio - Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais "The Nurse Parent Support Tool"



APÊNDICE XIX – Resultados de aplicação da Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais "*The Nurse Parent Support Tool*"

Escala disponibilizada aos pais para preenchimento

Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

A Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria gostaria de saber a sua opinião sobre o apoio que os enfermeiros lhe prestaram durante a hospitalização do(a) seu(ua) filho(a). Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade.

Responda, por favor, às seguintes afirmações classificando-as numa escala de 1 a 5: 1 – nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – na maioria das vezes; 5 – sempre.

Afirmações	**Classificação (1 a 5)**
1 – Ajudou-me a falar sobre os meus sentimentos, receios ou preocupações.	
2 – Ajudou-me a compreender o que estava a ser feito ao meu filho(a) (por exemplo: exames, procedimentos, terapêutica, etc.).	
3 – Ensinou-me a prestar cuidados ao meu filho(a).	
4 – Fez-me sentir importante enquanto pai/mãe.	
5 – Deixou-me a decidir se desejava assistir ou não aos procedimentos técnicos.	
6 – Respondeu satisfatoriamente às minhas perguntas, ou procurou quem o fizesse.	
7 – Informou-me sobre as alterações e/ou melhorias no estado clínico do meu filho(a).	
8 – Inclui-me nas discussões quando foram tomadas decisões sobre os cuidados ao meu filho(a).	
9 – Ajudou-me a compreender o comportamento e as reações do meu filho(a).	
10 – Ajudou-me a saber como consolar o meu filho(a) durante ou após os procedimentos.	
11 – Informou-me se estava a desempenhar bem os cuidados ao meu filho.	
12 – Deu atenção às minhas preocupações.	
13 – Demonstrou preocupação em relação ao meu bem-estar (por exemplo: dormir, comer, etc.).	
14 – Ajudou-me a conhecer os nomes e funções dos membros da equipa que cuidou do meu filho(a).	
15 – Cuidou bem do meu filho(a).	
16 – Incentivou-me a fazer perguntas sobre o meu filho(a).	
17 – Foi sensível às necessidades especiais do meu filho(a).	
18 – Permitiu-me estar envolvido(a) nos cuidados prestados ao meu filho(a), sempre que possível.	
19 – Demonstrou gostar do meu filho(a).	
20 – Respondeu prontamente às necessidades do meu filho(a).	
21 – Foi otimista em relação ao meu filho/filha.	

Obrigada!

Dada a dimensão curta do estágio, a escala foi aplicada a 4 pessoas de referência com um papel parental ativo e um internamento na unidade de cuidados intensivos pediátricos superior a 72 horas. Os resultados serão apresentados de seguida em forma de tabela, de modo a sintetizar melhor os dados recolhidos.

Tabela 1 – Resultados dos participantes após preenchimento da escala

	Participantes				
	P1	P2	P3	P4	Média
Afirmações					
1	4	5	4	5	4,5
2	5	5	5	5	5
3	2	4	4	5	3,75
4	5	5	5	5	5
5	1	1	5	5	3
6	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5
8	2	2	5	5	3,5
9	5	5	5	5	5
10	1	5	5	5	4
11	5	4	5	1	3,75
12	5	5	5	5	5
13	5	4	4	5	4,5
14	5	3	5	5	4,5
15	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	5
19	5	5	5	5	5
20	5	5	5	5	5
21	5	5	5	5	5
Média	4,29	4,43	4,86	4,81	4,6

A tabela anterior permite observar a pontuação elencada pelos pais em cada afirmação da escala, bem como a média das pontuações por participante e por item da escala. Assim, consegue-se inferir que por participante a média das pontuações da escala foram superiores a 4, o que traduz um apoio considerável da equipa de enfermagem, sendo este aspeto positivo. Analisando cada item da escala isoladamente, as afirmações 3, 5, 8 e 11 foram cotadas com uma classificação inferior a 4, o que determina um foco prioritário de intervenção do enfermeiro, em especial do enfermeiro de saúde infantil e pediátrica no âmbito da satisfação parental. Estas incluem-se no apoio informativo, apoio apreciativo/cognição e apoio instrumental, ressalvando que o apoio emocional foi o mais bem cotado pelos pais. Desta maneira, considera-se importante incluir os pais nas decisões de saúde, tornando-os verdadeiros parceiros nos cuidados, deixá-los decidir se pretendem ou não assistir aos procedimentos realizados, ensiná-los sobre os cuidados à criança e informá-los sobre o seu desempenho.

Por outro lado, as afirmações 1,10, 13 e 14 foram cotadas com a classificação 4 ou 4,5 podendo sugerir uma intervenção posterior no âmbito de apresentação dos membros da equipa, do apoio emocional aos pais onde se inclui o incentivo da expressão de sentimentos, bem como a preocupação perante as necessidades dos pais e ainda um maior apoio instrumental sobre estratégias de consolar a criança durante e após a realização de procedimentos.

De um modo geral, as classificações dos itens da escala foram positivas, pelo que se pode inferir que o diagnóstico de enfermagem papel parental não se encontra comprometido nos pais a quem foi aplicada a escala.

Apêndice XX - Diagnóstico de Situação: Internamento de Infecciologia

No último contexto de estágio, internamento, conduzi uma investigação acerca da conduta da instituição e do serviço bem como as normas, procedimentos e protocolos inerentes ao contexto. Através de uma reunião informal com a enfermeira orientadora consegui familiarizar-me com o plano de ação do serviço, discutir o guia e a ficha da unidade curricular "Estágio Final e Relatório", além de apresentar o tema da revisão de literatura, a Hospitalização Domiciliária Pediátrica.

Posteriormente o diagnóstico de situação foi conduzido através de duas técnicas de recolha de dados: a observação participante e o *focus group*.

Observação participante

Este método de recolha de dados permitiu verificar que o internamento atua no sentido de diminuir a incidência de complicações e efeitos secundários associados ao diagnóstico de tuberculose pulmonar na criança/jovem e família através do projeto Toma Observada Direta, contudo não disponibiliza nenhum material de apoio aos pais no âmbito da capacitação. Assim, torna-se prioritário reduzir os contágios a nível comunitário pelo que a capacitação é essencial nesse eixo de intervenção, uma vez que a Ordem dos Enfermeiros (2013b) salienta que a equipa de enfermagem ao estar na vanguarda da intervenção e em contacto direto com as crianças/jovem e família tem uma posição favorável e prioritária nesta intervenção.

O hospital tem implementado um Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, com o intuito de prevenir a infeção associada aos cuidados de saúde. Contudo, observei que os isolamentos não têm indicações para as crianças/jovens e pais sobre o tipo de isolamento e os equipamentos de proteção individual utilizar, o que pode ter um impacto negativo na hospitalização, tornando-se um foco interventivo.

Sendo preconizado que a transição para o domicílio seja o mais suave possível, esta carece de estratégias que visem minimizar a falta de apoio que os pais sentem ao regressarem a casa, uma vez que foi observado no internamento a carência de materiais de capacitação parental e o facto de a carta de alta de enfermagem não ser entregue. Por isso, manter uma relação com a equipa de enfermagem após o internamento torna-se ainda mais prioritário de modo a dar resposta a possíveis dúvidas dos pais inerentes ao processo de saúde-doença e prevenir complicações inerentes.

***Focus group* – Intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no processo de transição para o domicílio**

O *focus group* ou grupo de discussão consiste numa técnica de recolha de dados com o intuito de aumentar a compreensão dos participantes de um determinado fenómeno (Silva et al., 2014). Este foi utilizado como método de recolha de dados com o propósito de adquirir informações sobre o processo de transição para o domicílio, diagnosticar necessidades do serviço, encorajar a partilha de saberes e compreender o que os enfermeiros julgam sobre o fenómeno da HDP e, deste modo, aprimorar o diagnóstico de situação. A reflexão em grupo pode contribuir para mudanças significativas no serviço em questão, que traduzem ganhos em saúde infantil e pediátrica para as crianças/jovens e famílias cuidadas.

O planeamento do *focus group* foi realizado em conjunto com a enfermeira orientadora com o propósito de avaliar a sua pertinência e aferir a melhor data para realização do mesmo. Por conseguinte, este foi planeado para dia 21/11 a realizar com pelo menos cinco participantes com o objetivo geral de recolher informação sobre a otimização do processo de transição para o domicílio. Foram ainda estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

-Identificar lacunas no processo de transição para o domicílio;

-Identificar situações em que a criança/jovem e família poderia ter alta precoce através da HDP;

-Promover a discussão sobre a implementação de um programa de *follow up*.

Portanto, pretende-se compreender como é que os enfermeiros da equipa documentam os cuidados no âmbito da transição para o domicílio, bem como estratégias para melhorá-la. Em seguida é apresentado o guião do *focus group* que tem como principal propósito orientar a sua realização, definindo o plano da sessão bem como as perguntas a realizar ao grupo.

Quadro 1 – Planeamento do *focus group*

Tema: O processo de transição para o domicílio da criança/jovem e família num internamento de infecciologia	
Participantes: Enfermeira orientadora + enfermeira gestora + amostra aleatória de enfermeiros do turno da manhã da data destinada à realização do *focus group*	
Moderadora: Catarina Pinheiro	
Data: 21/11/2023	**Duração:** 30 a 45 minutos
Local: Sala de Enfermagem do Internamento de Infecciologia	
Objetivo geral: Recolher informação sobre aspetos a melhorar no processo de transição para o domicílio. **Objetivos específicos:** - Identificar lacunas no processo de transição para o domicílio; - Identificar situações em que a criança/jovem e família poderia ter alta precoce através da HDP; - Identificar aspetos de melhoria perante a criança/jovem com o diagnóstico de tuberculose; - Promover a discussão sobre a implementação de um programa de *follow up*.	
Questões/temas a abordar	
1 – Consideram que existem lacunas no processo de transição para o domicílio? Se sim, quais? 2 – O que acham pertinente fazer perante as lacunas identificadas? 3 – Consideram que existem crianças/jovens e famílias internadas neste serviço que poderiam ter uma alta precoce se fossem acompanhadas no domicílio por uma equipa especializada e multidisciplinar? 4 – Se sim, quais são as situações que consideram? 5 – Perante a criança/jovem com tuberculose, o que consideram importante alterar?	

6 – Consideram importante a implementação de um programa de *follow up* para diminuir o impacto da transição para o domicílio e minimizar possíveis complicações? 7 – Que sugestões têm a apresentar no âmbito desse programa de *follow up*? 8- O EESIP tem um papel importante neste processo, porquê?
Intervenção do Moderador
1 – Criar um ambiente agradável; 2 – Solicitar, de um modo individual, o consentimento informado para participação e registo áudio da sessão, através de impresso próprio; 3 – Fornecer o questionário de autopreenchimento de caraterização sociodemográfica e profissional, requerendo o seu preenchimento; 4 – Apresentar a mestranda; 5 – Permitir que os participantes se apresentem; 6 – Expor os objetivos do *focus group,* de forma breve e resumida; 7 – Explicar o que é pretendido do participante; 8 – Executar as questões/temas a abordar enumeradas no guião; 9 – Estimular que todos os intervenientes participem ativamente; 10 – Moderar o grupo de modo a passar para o próximo tópico quando o anterior já estiver suficientemente explorado; 11 – Dar por terminado o *focus group* agradecendo a participação de todos os intervenientes.
Material
- Telemóvel para gravação; - Cópias do documento para obtenção do consentimento informado dos participantes; - Cópias do questionário de caraterização sociodemográfica e profissional;

- Mesa e cadeiras.

Deste modo, foi criada uma amostra que obrigatoriamente incluísse a enfermeira gestora e a enfermeira orientadora e que incluísse de um modo intencional os enfermeiros que estivessem escalados no turno da manhã do dia escolhido para a realização do *focus group*. Foi salvaguardado o caráter voluntário de participação, e realçados aspetos sobre o tempo previsto para realização e o anonimato dos resultados da discussão proveniente do *focus group*, pelo que se apresenta em seguida o consentimento que os participantes assinaram antes da realização desta técnica de recolha de dados.

Figura 1 – Consentimento do *Focus Group*

Consentimento do *Focus Group*

O meu nome é Catarina Pinheiro e frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Este curso integra a Unidade Curricular de "Estágio Final e Relatório" com estágio obrigatório num internamento de pediatria.

Assim, para diagnóstico de situação no contexto do internamento de infecciologia, optei pela realização de um focus group, como instrumento de recolha de dados. Este consiste num método de recolha de dados em grupo sobre uma temática pré-definida, que neste caso será no âmbito da transição para o domicílio.

Para tal, solicito a sua colaboração e autorização para o seu registo em gravação de áudio, com o propósito de posterior transcrição e análise.

Em todas as fases do processo a informação é de cariz confidencial e os dados recolhidos são de caráter anónimo. Os dados serão tratados única e exclusivamente para fins de investigação académica.

Em qualquer momento pode interromper a sua participação, sem qualquer tipo de prejuízo para si ou nos cuidados de saúde a serem prestados durante o internamento.

Se concordar em participar neste grupo de discussão, por favor assine este documento.

Agradeço desde já a sua imprescindível colaboração.

Assim, de modo livre e esclarecido, declaro que aceito participar no focus group de forma voluntária, fornecendo dados que serão utilizados única e exclusivamente para fins meramente académicos.

Data: ____/____/_____

Assinatura do Participante:

_____

Este *focus group* foi realizado no dia 21/11, contou com a presença de 6 participantes e teve a duração de aproximadamente 40 minutos. Foi realizada uma caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes que integraram este *focus group*, a fim de perceber o contexto onde estes participantes estão inseridos, os fatores demográficos que podem influenciar as suas perspetivas e práticas profissionais, identificar tendências comuns entre os participantes e, assim, elaborar o projeto de estágio em consonância com as necessidades da equipa.

Em seguida apresenta-se o questionário de caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Figura 2 – Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes do *focus group*

Caraterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes do *Focus Group*

Idade: _____ anos

Sexo: _____ F _____ M

Título Profissional:

Enfermeiro _____

Enfermeiro especialista _____

Enfermeiro gestor _____

Outro _____

Experiência Profissional: _____ anos

Experiência Profissional em Saúde Infantil e Pediátrica: _____ anos

Posteriormente, foi realizada a análise da caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes do *focus group*, apresentada subsequentemente.

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes do *focus group*

Participantes	**Idade**	**Sexo**	**Título Profissional**			**Experiência Profissional**	**Experiência profissional em SIP**
			Enfermeiro	**Enfermeiro especialista**	**Enfermeiro gestor**		
P1	38 anos	F	X			15 anos	8 anos
P2	46 anos	F		X		23 anos	23 anos
P3	29 anos	F		X		8 anos	8 anos
P4	23 anos	F	X			1 ano	1 ano
P5	26 anos	F	X			3 anos	1 ano
P6	54 anos	F		X	X	30 anos	30 anos

Pela análise da tabela apresentada, verifica-se que todos os participantes eram do sexo feminino e que dos 6 participantes, 3 deles eram EESIP com uma vasta experiência (P2, P4 e P6), o que enriqueceu a colheita de dados realizada. Para além dos EESIP, o grupo contou com a presença de 3 enfermeiros generalistas e 1 dos participantes exercia funções de gestão.

Foi realizada uma análise de conteúdo que será exposta em seguida.

Quadro 1 – Matriz da análise de conteúdo do *focus group*

Matriz da Análise de Conteúdo do *Focus Group*			
Dimensão: Transição para o Domicílio			
Categorias	**Subcategorias**	**Frequência**	**Unidades de registo/contexto**
Lacunas no processo de transição para o domicílio	Carta de alta de enfermagem	6	"Não darmos aos pais a carta de alta de enfermagem" (P2) "Nós fazemos ensinos, sim, da medicação, quando é que têm consulta" (P2) "Só entrego a carta se tiver que ir ao centro de saúde" (P5) "Entrego se tiver uma ferida e tiver que ter continuidade de cuidados, sim" (P5) "Se for um miúdo que mantém o seguimento apenas aqui, eu não entrego" (P3) "A verdade é que a equipa devia começar a dar a carta de enfermagem a todos na alta, isso colmatava a lacuna" (P1) "Eu dava a carta a todos se tivesse tempo" (P6)
	Ligação com a comunidade	6	"´É muito difícil falar com os centros de saúde" (P3) "A comunicação com os centros de saúde, não funciona da parte deles" (P1) "Eu não consigo ninguém me dar feedback se foram ou não ao centro de saúde, eles não nos dizem nada" (P2) "Nós temos uma lista de contactos, mas eles não nos atendem" (P4)

			"Há outro problema, às vezes as pessoas nem sabem a que centro de saúde pertencem" (P2) "Fazia falta elos de ligação" (P2) "Articular com o centro de saúde é muito difícil e nas crianças com tuberculose precisamos mesmo" (P6)
	Continuidade de cuidados	2	"A continuidade de cuidados, eles têm alta e não sabemos mais deles" (P6) "Secalhar os pais têm dúvidas nos dias seguintes e ninguém os ajuda" (P3)
Alta precoce através da HDP	Implementação da HDP	6	"Sim" (P1, P2, P3, P4, P5, P6) "Isso seria HDP, era bom para a família" (P1)
	Situações concretas	5	"Sim, esta miúda que temos cá a fazer antibioterapia endovenosa beneficiava de estar a fazer antibióticos em casa (P3) "Em doentes crónicos era ótimo, esta criança está sempre cá" (P4) "Os que só fazem antibióticos poderiam ir para casa mais cedo e reduzíamos muitos efeitos adversos da hospitalização" (P6) "Acho que sim, até os que têm suspeita de tuberculose, desde que tivessem condições de isolamento em casa" (P1) "Se só estiver a fazer antibiótico endovenoso, sim" (P2)
A criança/jovem com tuberculose	Estratégias de melhoria	6	"Começarmos os ensinos logo de início (P2) "É que depois é sempre na véspera, tens aqui imensas caixas de medicação e agora tens de fazer isto em casa" (P2)

			"Muitas destas crianças têm alta na sexta-feira" (P1) "E depois no centro de saúde depois não conseguem acompanhar ao fim-de-semana" (P5) "A farmácia também não facilita" (P4) "Os ensinos falham e por vezes também não sei o que dizer aos pais para ajudar" (P3) "Só quando se começa a falar em alta (...) é que começamos a falar do que fazer em casa com os pais" (P3) "Quando eles saem do serviço parece que não sabem sequer o que é a doença nem os cuidados a ter" (P3) "Seria bom a elaboração de uma *checklist* para as crianças com tuberculose (...) já foi encaminhado email para o centro de saúde, já foi entregue papel da medicação, já foi explicado aos pais isto ou aquilo" (P4) "Sim, acho que uma *checklist* de tudo o que é preciso fazer poderia ajudar a equipa de enfermagem na abordagem a estas crianças" (P1) "Começarmos a toma assistida mais cedo, com ensinos prévios" (P6)
Follow up	Implementação de um programa	6	"Sim" (P1, P2, P3, P5, P6) "Claro, era excelente para os pais" (P2) "Mas não temos capacidade aqui para estarmos a ligar para esta gente toda" (P3) "Secalhar prevenimos idas à urgência" (P1)

			"Acho que era uma questão de nos habituarmos a isso" (P2) "Era espetacular, nós antigamente tínhamos o "telefonema do dia seguinte", mas depois com a falta de tempo durante os turnos deixamos de fazer, acho que seria uma boa altura para recomeçar esse processo novamente" (P6) "Pelo menos começar com as crianças com tuberculose, que fazem toma assistida" (P6) "Era bom para os pais" (P5)
Importância do EESIP	Intervenção do EESIP na transição para o domicílio	3	"Temos mais conhecimentos para os sinais de alarme, para avisar as pessoas" (P3) "Importante no seguimento das crianças, na parceria de cuidados e em manter o plano de cuidados" (P2) "(...) começar a preparar a alta no primeiro dia de admissão a internamento" (P2) "É tão diferente do generalista, mas é pena que não vejo grande diferença no dia a dia no internamento" (P6)

As citações demonstram que, em alguns casos, a prática é não fornecer a carta de alta de enfermagem, devido a várias razões como por exemplo, a falta de tempo e a ausência de necessidade de continuidade de cuidados. Um dos participantes considera que se o seguimento for na mesma instituição a entrega da carta de alta não é necessária. Deste modo, constata-se uma abordagem pouco sistematizada na entrega da carta de enfermagem.

Em seguida, foram enumerados desafios e obstáculos associados à ligação com a comunidade e encaminhamento para os centros de saúde para manter uma continuidade de cuidados. Foi enumerado por vários participantes a dificuldade em estabelecer comunicação com os centros de saúde. Fatores como a ausência de *feedback* dos centros de saúde, de eficácia da comunicação e de elos de ligação parece precipitar o agravamento

das dificuldades. É, ainda, enfatizada a importância crítica da articulação no caso de crianças/jovens com tuberculose, havendo lacunas no processo. Ao serem enunciados desafios no âmbito da articulação entre o hospital e os centros de saúde destaca-se a urgência na melhoria da comunicação entre as instituições, por forma a garantir uma prestação eficaz, coordenada e contínua de cuidados na comunidade.

Os participantes destacam uma preocupação com a falta de continuidade de cuidados após a alta, relatando uma falta de acompanhamento e apoio por parte dos profissionais de saúde. Esta falta de acompanhamento pode ter um impacto negativo na transição para o domicílio pela ausência de um suporte adequado.

Todos os participantes do *focus group* acharam pertinente a implementação da HDP, com ganhos efetivos para as famílias. Alguns participantes sugeriram a hospitalização domiciliária como uma opção para crianças internadas com antibioterapia endovenosa instituída. Esta prática foi ainda relatada como benéfica em crianças/jovens com doenças crónicas, pela necessidade de internamentos frequentes. Ainda perante a suspeita de tuberculose um dos participantes considerou a HDP aplicável, se condições adequadas de isolamento no domicílio. Assim, afere-se que a HDP é uma prática benéfica para crianças/jovens e famílias e ainda para o sistema de saúde, oferecendo uma solução mais confortável e conveniente, otimizando os recursos hospitalares, centrando-se nas necessidades das crianças/jovens e famílias.

Os participantes evidenciam a necessidade de iniciar precocemente educação para a saúde, uma vez que ajuda desde o início do tratamento a que a família compreenda a doença, bem como os cuidados a ter, evitando sobrecarregá-la na véspera ou mesmo no dia da alta. É ainda realçado como preocupação a continuidade de cuidados durante o fim-de-semana pela falta de acompanhamento do centro de saúde nestes dias. A farmácia é mencionada como uma barreira na distribuição da medicação. Dois dos participantes sugeriram a elaboração de uma *checklist* para as crianças com tuberculose, evidenciando a necessidade de uma abordagem organizada e sistematizada que garanta que todas as etapas necessárias sejam abordadas durante o tratamento e a transição para casa.

Houve um consenso com a ideia geral da criação de um programa de *follow up*, o que indica o reconhecimento da importância da mesma na continuidade dos cuidados após a alta. Foi sugerido como benéfico para os cuidadores e na prevenção de complicações e de idas ao serviço de

urgência, mas notou-se a preocupação com a capacidade para lidar com a realização de chamadas frequentes, pela falta de tempo. Um participante propôs iniciar o programa com as crianças com tuberculose, o que parece ser uma estratégia viável na prática. No passado havia uma prática semelhante que foi descontinuada. A abertura dos participantes em recomeçar este processo sugere reconhecimento da utilização deste programa e a importância deste seguimento, embora possa ser desafiador numa fase inicial, a equipa pode ajustar-se e integrar este processo na prática diária.

Um dos participantes sugere que os EESIP possuem conhecimentos específicos sobre sinais de alarme em pediatria. O mencionado ressalva a importância desse profissional na identificação precoce de complicações e na capacidade de capacitar os cuidadores sobre os mesmos. Para além disso, outro participante dá ênfase à importância do EESIP na preparação da alta precoce, na continuidade de cuidados e na parceria com os cuidadores bem como em manter um plano de cuidados, o que sugere um papel vital na coordenação de cuidados. Outro participante destaca haver diferenças entre um enfermeiro generalista e um EESIP, embora constate que a diferença não seja tão notória no dia a dia no ambiente hospitalar.

Em suma, a análise de conteúdo concretizada após realização do *focus group* tornou-se fulcral na deteção de áreas de intervenção no internamento, na perspetiva da equipa, contribuindo para uma melhor e mais fundamentada intervenção especializada.

Para encerrar a retirada de **conclusões** inerentes à realização do *focus group* foram elaboradas algumas considerações finais apresentadas seguidamente.

A análise das respostas dos participantes que integraram o *focus group* permitiu em primeira instância constatar a presença de lacunas no processo de transição para o domicílio, nomeadamente os enfermeiros não entregarem a carta de alta de enfermagem e a ligação com a comunidade, em especial com os cuidados de saúde primários. Há um enfoque particular na entrega da carta de alta apenas nos casos que exigem continuidade de cuidados, o que se evidencia como necessidade de intervenção uma vez que esta deverá ser entregue a todos no momento da alta e não apenas em algumas crianças/jovens com necessidades específicas. A efetividade da comunicação em saúde é crucial para fomentar a segurança das pessoas alvo dos cuidados e a garantia da qualidade dos cuidados prestados. O facto dos processos de cuidados envolverem uma grande parte burocrática foi evidenciado como um obstáculo (Biasibetti et al., 2019).

Os comentários dos participantes permitiram ainda dar relevância à temática da HDP, destacando a importância não apenas do conforto e bem-estar da criança/jovem e família, mas ainda do impacto positivo nas dinâmicas familiares, especialmente se estiver patente uma doença crónica. A estabilidade familiar foi realçada como fator obrigatório para a HDP, principalmente na presença de doença infetocontagiosa como é o caso da tuberculose. Todas as respostas refletem uma visão positiva do internamento no domicílio, destacando vantagens para a criança/jovem e família, mas tendo consideração os desafios práticos associados.

Os participantes também referiram a importância de iniciar os ensinos desde a admissão no serviço, para aumentar a compreensão e a preparação dos pais para os cuidados a ter no domicílio dado que a sobrecarga de informações na véspera ou no dia da alta pode comprometer este processo. A incerteza relacionada com as informações a transmitir aos pais indica a necessidade da criação de recursos e abordagens mais eficazes no âmbito da capacitação das crianças/jovens com tuberculose. A equipa de enfermagem ocupa uma posição singular para compreender, diagnosticar, agir e avaliar os resultados inerentes à tuberculose, em especial relativamente à adesão terapêutica (Pestana et al., 2013). Deste modo, a proposta pela equipa de enfermagem da elaboração de uma *checklist* para crianças com tuberculose é essencial para uma abordagem estruturada, garantindo que todos os aspetos relevantes são abordados.

Relativamente à criação de um programa de *follow up* foi proferido pelos participantes que já teria sido criado há uns anos um programa semelhante designado de "telefonema do dia seguinte" que terá sido descontinuado por falta de recursos humanos e sobrecarga dos mesmos, uma vez que apenas três enfermeiros da equipa estavam responsáveis pelo contacto das famílias após a alta. Contudo, houve um consenso sobre a ideia da criação deste novo programa, diferente do anterior, reconhecendo os benefícios associados para as famílias, apesar de ser referido como um potencial desafio para a equipa que poderá ser ultrapassado com uma fase de adaptação e familiarização com o programa.

A realização do *focus group* possibilitou dar destaque aos desafios no processo de transição para o domicílio, destacando-se a importância da entrega da carta de alta de enfermagem aos pais, o adequado encaminhamento para a comunidade, uma abordagem mais estruturada na criança/jovem com tuberculose, a criação de um programa de *follow up*, bem como a importância da presença de um EESIP neste processo.

Neste processo, a intervenção do EESIP foi destacada como fulcral no reconhecimento de sinais de alarme e no acompanhamento após a alta tendo em vista a parceria e continuidade de cuidados, assegurando uma transição eficaz para o domicílio, com uma abordagem sistematizada e holística.

APÊNDICE XXI - Plano de Projeto – Internamento de Infecciologia

Quadro 1 – Planeamento das atividades inerentes ao 1º objetivo

Objetivo Específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença infetocontagiosa, crónica e/ou oncológica.				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de resultado**	**Indicadores de impacto**	**Recursos**
-Colaborar na prestação de cuidados direta à criança/jovem e família em contexto de internamento	-Realização da admissão e acolhimento da criança/jovem e família; -Prestação de cuidados à criança/jovem em contexto de internamento com enfoque na gestão da doença infetocontagiosa, crónica e/ou oncológica; -Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; -Preparação da alta antecipada, desde uma fase inicial do internamento; -Elaboração da carta de enfermagem e entrega ao cuidador principal.	-Cuidados de enfermagem de qualidade; -Comunicação efetiva entre o enfermeiro e a criança/jovem e família; -Satisfação dos cuidadores com o processo de alta.	Competências comuns do EE: D2 Unidades de competência: D2.3 Competências específicas do EESIP: E1; E2; E3 Unidades de competência: E1.1; E1.2; E2.2; E2.5; E3.1	Materiais: -Computador -Literatura científica Humanos: -Equipa de enfermagem -Crianças/jovens -Pais e/ou cuidadores Financeiros: Não aplicável

Quadro 2 – Planeamento das atividades inerentes ao 2º objetivo

Objetivo Específico: Desenvolver um plano de intervenção especializada no âmbito da transição para o domicílio da criança/jovem e família.				
Atividades a desenvolver	**Indicadores de Processo**	**Indicadores de resultado**	**Indicadores de impacto**	**Recursos**
-Colaboração na prevenção e controlo de infeção na criança/jovem com doença infetocontagiosa	-Realização de ensinos para prevenção e controlo de infeção. -Elaboração de um cartaz informativo sobre os tipos de isolamento, dirigido aos pais/cuidadores. -Apresentação do cartaz informativo à equipa de enfermagem.	-Envolvimento dos pais/cuidadores no processo de prevenção e controlo de infeção; -Uso efetivo dos equipamentos de prevenção individual para cada tipo de isolamento.	Competências comuns do EE: A2; B3 Unidades de competência: A2.2; B3.2	Materiais: -Computador -Literatura científica -Programa informático: *canva* -Impressora -Telefone Humanos: -Equipa de enfermagem -Crianças/jovens -Pais e/ou cuidadores Financeiros: -Custos inerentes à impressão de materiais
-Uniformização da prestação de cuidados à criança/jovem com tuberculose	-Elaboração de um folheto informativo sobre a tuberculose; -Elaboração de um jogo de tabuleiro terapêutico com os cuidados essenciais a ter na tuberculose, dirigido a crianças dos 6 aos 10 anos;	-Aumento do conhecimento sobre a doença; -Associar o brincar à prevenção de complicações;	Competências comuns do EE: D2 Unidades de competência: D2.3	

	-Elaboração de um *quiz* virtual com questões sobre a tuberculose, dirigido a adolescentes; -Elaboração de uma *checklist* de preparação para a alta da criança/jovem e família com tuberculose.	-Melhorar o processo de transição para o domicílio.	<u>Competências específicas do EESIP:</u> E1; E3 Unidades de competência: E1.1; E1.2; E3.4	
-Uniformização das práticas de transição para o domicílio	-Criação de uma norma de procedimento sobre o seguimento de crianças/jovens e famílias nas primeiras 24-48 horas após a alta. -Elaboração de um guia orientador para cada *follow up.* -Iniciação do processo de *follow up.*	-Incremento da qualidade dos cuidados prestados; -Manter o seguimento da criança/jovem e família; -Realização de pelo menos 2 seguimentos.	<u>Competências comuns do EE:</u> B2 Unidades de competência: B2.2 <u>Competências específicas do EESIP:</u> E1 Unidades de competência: E1.2	
-Sensibilização da equipa de enfermagem para a temática da HDP	-Elaboração de uma sessão formativa sobre a temática da HDP intitulada de "Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família".	-Adesão da equipa de enfermagem -Taxa de sucesso da formação	<u>Competências comuns do EE:</u> D2 Unidades de competência: D2.1	<u>Materiais:</u> - Literatura científica Computador

				-Programa informático P*owerpoint* -Plataforma *online* <u>Físicos:</u> -Sala de Enfermagem <u>Humanos:</u> -Equipa de enfermagem <u>Financeiros:</u> -Não aplicável

Apêndice XXII - Cartaz Informativo “Estamos em Isolamento! E agora?”

ESTAMOS EM ISOLAMENTO!
E AGORA?

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

- A infeção é uma das complições mais comuns nos internamentos hospitalares.
- O isolamento permite prevenir a transmissão de bactérias, vírus, fungos e parasitas - É implementado quando há confirmação ou suspeita desses microorganismos.
- Protege a criança, o acompanhante e os profissionais de saúde.

TIPOS DE ISOLAMENTOS

CONTACTO

- A transmissão ocorre por: contacto direto do microorganismo com a pele ou mucosas; contacto indireto com superfícies infetadas.
- Bata/avental; luvas

GOTÍCULAS

- A transmissão ocorre pelo ar (gotículas) através da tosse e da fala) até a 1 metro de distância.
- Máscara cirúrgica

VIA AÉREA/ AEROSSOL

- A transmissão ocorre pelo ar, as partículas permanecem mais tempo no ar e são projetadas para longas distâncias.
- Máscara P2

PROTETOR

- A criança está mais suscetível a infeções porque o seu sistema imunológico que combate as infeções está mais fraco.
- Bata/avental, luvas, máscara

A DESTACAR

- A criança não pode receber visitas enquanto estiver em isolamento.
  - Pode fazer videochamada com os familiares/amigos
- Tem dúvidas? Esclareça-as com a **Equipa de Enfermagem!**

CUIDADOS A TER

- Lavagem das mãos frequente;
- Não tossir nem espirrar para as mãos;
- Quando usar máscara:
  - Não tocar na máscara com as mãos
  - Lavar as mãos quando tirar a máscara

Elaborado por:
Enfª Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa

Revisto por:
Enfª Especialista Carla Barbosa
Enfª Especialista Elsa Neves
Prof. Doutora Joana Romeiro

Referências Bibliográficas

Apêndice XXIII - Fundamentação teórica: Tuberculose em Idade Pediátrica

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de *Koch*. Esta é diagnosticada através de exame clínico, bacteriológico e radiológico. Sendo a tuberculose um problema de saúde pública a nível mundial requer estratégias de controlo eficazes (Alves et al., 2018; Saucedo et al., 2022), constituindo um foco de intervenção do EESIP, uma vez que os dados da World Health Organization (2023) estimam que em 2022 a tuberculose é a segunda causa de morte por um único agente infeccioso, sendo nesse ano diagnosticadas 7,5 milhões de pessoas com a doença, sendo provável um atraso considerável no diagnóstico relacionado com a crise pandémica pelo vírus SARS-COV2.

Em Portugal, foi criado em 1995 pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (Pestana et al., 2013). O facto de chegarem a Portugal crianças/jovens provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, onde a tuberculose é endémica, parece aumentar o número de casos no país, enfatizando a relevância de realização de rastreios sistemáticos nesta população, situação agravada pela circunstância da multirresistência que pode ser devida à baixa adesão ao regime medicamentoso (Ordem dos Enfermeiros, 2013b; Garfein et al., 2018; Borges et al., 2022).

A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, quando doentes com tuberculose libertam bactérias para o ar, por exemplo, através da tosse, espirros ou fala. Os sintomas mais frequentes incluem tosse persistente (crónica ou não), febre persistente de predomínio noturno, astenia, sudorese noturna e/ou emagrecimento ou má progressão ponderal (Magalhães et al., 2013; World Health Organization, 2023). A tuberculose pulmonar é o tipo mais frequente e por ser de fácil contágio e propagação é o que apresenta maior preocupação. A tuberculose laríngea é pouco frequente e pode dever-se a um atraso no diagnóstico da doença (Saucedo et al., 2022).

Os objetivos primordiais do tratamento incluem a cura da criança/jovem, redução da transmissão da infeção, prevenção de recidivas e prevenção da morte, tendo em vista aspetos humanitários, económicos e de saúde pública (Alves et al., 2018; Saucedo et al., 2022). Estes podem ser alcançados pela estratégia designada de Observação Direta da Toma por profissionais de saúde treinados, tendo em vista as consequências da falta de adesão e do abandono do tratamento (Saucedo et al., 2022). Para além disso, um estudo realizado em 2014 numa escola na China com vinte e dois estudantes do secundário com idades compreendidas entre os 16 e os 21 anos, associou um atraso no diagnóstico da

doença e uma baixa adesão à terapêutica com a falta de conhecimento sobre a tuberculose (Zhang et al., 2016).

Recorde-se o alerta lançado por Gonçalves e colaboradores (2012), quanto ao facto de as medidas de controlo de infeção no âmbito da tuberculose em idade pediátrica serem limitadas pela complexidade diagnóstica. Contudo, o diagnóstico precoce, a prevenção da gravidade da doença, a redução do contágio, bem como a realização de rastreios frequentes são fundamentais (Borges et al., 2022).

Estratégias com abordagem multissetorial que atenuem os fatores de risco para a tuberculose que incluem a pobreza, a desnutrição, a infeção por VIH, o tabagismo, idade inferior a cinco anos e a presença de algumas condições crónicas como a diabetes *mellitus*, são essenciais (World Health Organization, 2023). Para além dos fatores de risco, esta abordagem deve incluir os fatores que dificultam o tratamento, onde se inclui o facto de este ser prolongado e poder levar ao abandono do esquema terapêutico (Alves et al., 2018).

Foi delineada uma estratégia de luta contra a tuberculose com objetivos traçados para o ano de 2025 e 2030 que têm em vista a redução de mortes causadas pela tuberculose, centrada no cuidado e na prevenção (World Health Organization, 2023). Para alcance desses objetivos, ambiciona-se um maior compromisso das instituições, mobilização de recursos e uma colaboração conjunta de todos os agentes envolvidos na prestação de cuidados à criança/jovem e família (Alves et al., 2018).

Um dos focos de atenção à escala mundial tem sido a segurança do doente no uso de fármacos, havendo uma atuação prévia no sentido da prevenção de eventos indesejados na administração de fármacos no domicílio (Marques & Romano-Lieber, 2014). A prevenção da mortalidade e morbilidade podem ser colmatadas através da concretização de medidas de capacitação e adesão terapêutica, para prevenir consequências futuras.

Neste âmbito, Gonçalves e colaboradores (2012) enunciam a estratégia designada de Toma Observada Diretamente como uma medida, com o intuito de mitigar o fracasso terapêutico e o surgimento de estirpes multirresistentes, dado que na perspetiva de Magalhães e colaboradores (2013), permite detetar efeitos adversos secundários à administração da medicação, bem como o reforço terapêutico, evitando o abandono. Uma inadequada gestão do regime medicamentoso em casa pode ocasionar necessidade de internamento num serviço de urgência ou reinternamento hospitalar (Alves et al., 2019).

A prevenção da mortalidade e morbilidade podem ser colmatadas através da concretização de medidas de capacitação e adesão terapêutica, para prevenir

consequências futuras. Esta estratégia, Observação Direta da Toma, pode ser conduzida tanto em contexto de internamento como em ambulatório, permitindo a prestação de cuidados centrados na criança/jovem e família, simplificando o acesso ao tratamento. Parece uma simples vigilância de administração de terapêutica, mas é um momento de eleição para avaliar aspetos físicos, psicológicos e socioeconómicos, detetar precocemente complicações e efeitos adversos da medicação, bem como fomentar o conhecimento em saúde e a gestão do regime terapêutico (Pestana et al., 2013).

Esta estratégia pode ser conduzida tanto em contexto de internamento como em ambulatório, permitindo a prestação de cuidados centrados na criança/jovem e família, simplificando o acesso ao tratamento. Em regime de ambulatório, deve garantir-se o acesso aos serviços de saúde, nomeadamente ao centro de saúde mais próximo da área de residência. Aqui a terapêutica antibacilar permanece na instituição de saúde e apenas é disponibilizada no momento da toma efetiva da medicação, sempre na presença de um enfermeiro. A sua administração é preferencialmente realizada em jejum, numa toma única diária. Em cada contacto para além do despiste de efeitos secundários, o enfermeiro deve incentivar a criança/jovem e família a manterem o tratamento, esclarecer dúvidas e proceder ao encaminhamento para o serviço social, se necessário (Magalhães et al., 2013).

Parece uma simples vigilância de administração de terapêutica, mas é um momento de eleição para avaliar aspetos físicos, psicológicos e socioeconómicos, detetar precocemente complicações e efeitos adversos da medicação, bem como fomentar o conhecimento em saúde e a gestão do regime terapêutico (Pestana et al., 2013). Constitui-se ainda como uma ação de grande repercussão na prevenção do surgimento de resistências, com um enfoque sistematizado permitindo a prestação de cuidados personalizados e individualizados (Ordem dos Enfermeiros, 2013b; Magalhães et al., 2013).

Sejam quais forem as intervenções conduzidas no âmbito da tuberculose, uma avaliação prévia sobre os fatores de risco para a não adesão ao tratamento é primordial (Guix-Comellas et al., 2018). Por fim, deverá haver uma atenção particular para a saúde mental, disponibilizando apoio psicológico, o que permite aumentar a adesão à terapêutica (Mendes et al., 2023). O enfermeiro deve atuar de modo compreensivo e empático, numa conduta de escuta ativa, indo ao encontro das necessidades da criança/jovem e família, de forma a transmitir confiança no serviço e nos conhecimentos que transmite (Magalhães et al., 2013).

Apêndice XXIV - Materiais desenvolvidos no âmbito da criança/jovem e família com o diagnóstico de tuberculose

Checklist – Criança/jovem e família com o diagnóstico de tuberculose

***Checklist* – Criança/jovem e família com o diagnóstico de tuberculose**

☐ Fornecer guia de acolhimento

☐ Fornecer folheto informativo "Será que o meu filho tem tuberculose? E agora?"

☐ Começar a preparar a alta, com realização de ensinos, desde a admissão no internamento

☐ Promover o brincar terapêutico

-Criança dos 6 aos 10 anos – fornecer jogo de tabuleiro

-Adolescente – fornecer cartão com QRCode de *quizz* e vídeo

☐ Identificar centro de saúde onde a criança/jovem irá prosseguir com TOD

☐ Contactar centro de saúde (via email)

☐ 1º TOD

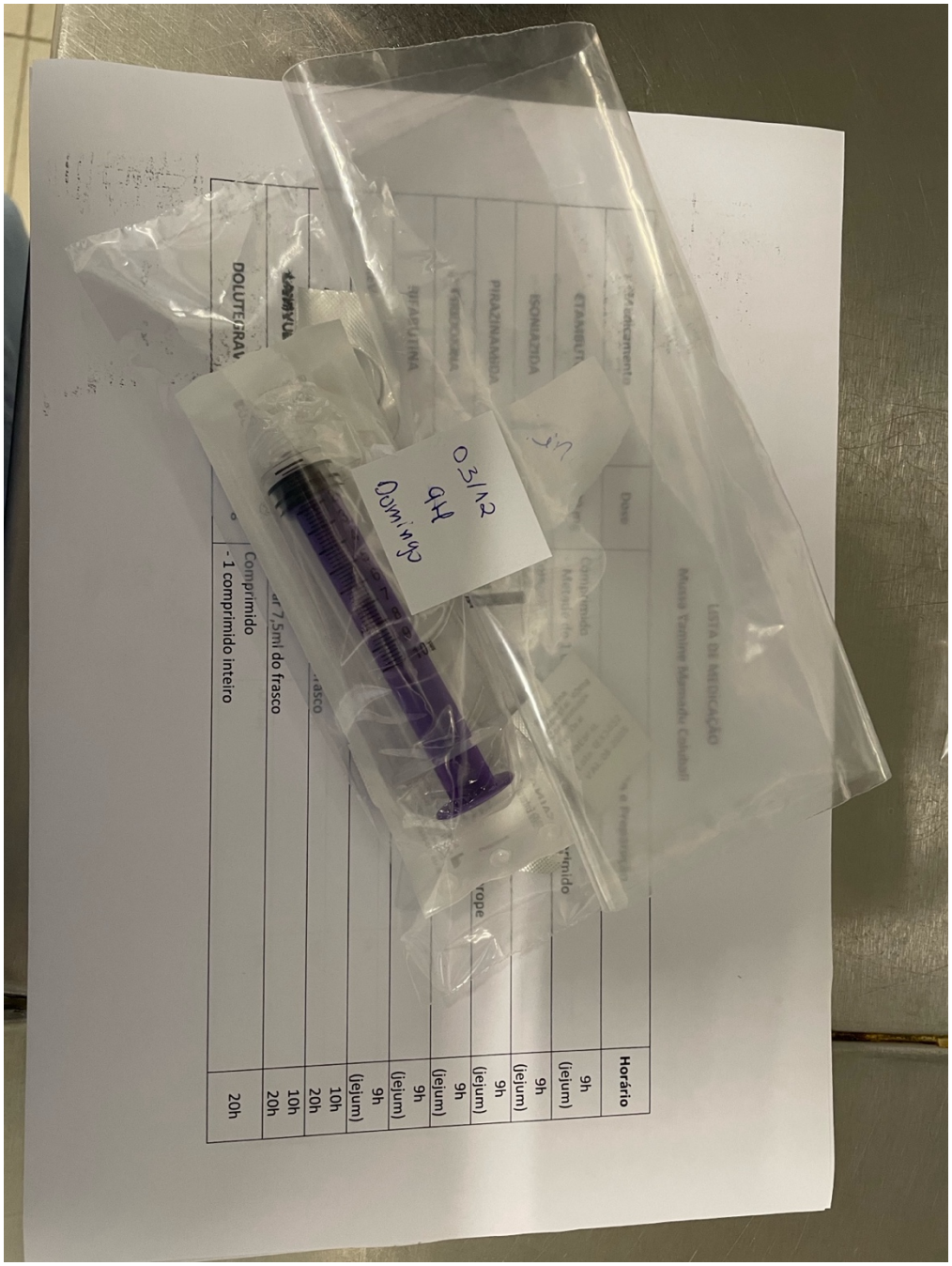
☐ Fornecer "Lista de Medicação"

☐ Elaborar carta de alta de Enfermagem

☐ Enviar documentos para o centro de saúde (lista de medicação e carta de alta de enfermagem)

☐ Entregar carta de alta de Enfermagem ao cuidador principal, esclarecendo dúvidas inerentes ao processo de transição para o domicílio

Guia terapêutico personalizado



Elogio aos Profissionais de Saúde

Agradecimento

Sentir gratidão é revelar a bondade que vive no nosso coração e entender que na vida há sempre um motivo para sorrir.

Obrigado a toda equipa deste hospital por me darem muito mais do que eu preciso, o amor, carinho, paciência, dedicação ao meu filho.

Hoje, ele passa a ter uma vida normal igual as outras crianças "poder brincar", e eu poder observar o sorriso no rosto dele.

O verdadeiro herói é aquele que enxerga e valoriza vida dos outros.

É certo que ajudar alguém faz muito bem a pessoa, mas é muito melhor para quem age e oferece ajuda!

Vocês são tudo isso!

O meu muito obrigado!

[redacted]

Pai de [redacted]

Jogo de tabuleiro terapêutico

Estás na prisão! Ficas sem jogar 2 jogadas	Brincar ajuda-me a aprender!	Avança 3 casas	O enfermeiro está cá para me ajudar! Se sabias avança 2 casas	Volta ao início do jogo	Se tomaste sempre a medicação, avança 4 casas	Se desenhares o teu animal preferido avanças 3 casas	Diz a tua cor preferida e avança 2 casas	Tu e os outros jogadores recuam 1 casa	O que gostas mais de fazer no parque?
Quando tirares a máscara vais lavar as mãos!									Se estou doente vou usar a máscara
Recua 2 casas		Volta a lançar o dado	Estou a usar máscara, não vou tocar nela! Se tocas recua 4 casas	Vou lavar as mãos com frequência	Canta uma música ou recua 5 casas	Conta de 1 a 10 e se acertares avança 2 casas	Não vou espirrar para a mão! Se já aconteceu recua 4 casas	Vai para a prisão!	Diz o nome de 2 animais e avança 2 casas
Nunca vais faltar às consultas!		Vou sempre tomar a medicação! Avança 1 casa							
Já lavaste as mãos hoje? Se sim, avança 1 casa		Dança a tua música preferida			**GANHASTE!** Foi divertido? Vamos jogar outra vez		Quando acabar de jogar vou lavar as mãos! Avança 1 casa	Vou tapar a boca quando espirrar ou tossir	Estou quase a ganhar
Avança 4 casas		Não vou tossir para a mão! Avança 1 casa							Ainda não lavaste as mãos hoje? Se não lavaste recua 3 casas
VAMOS COMEÇAR! Lança o dado		Desenha uma flor ou um animal	Avança 4 casas	Toca no nariz de uma pessoa com quem estás a jogar	Não vou tossir para cima de ninguém	Recua 2 casas	Se me estiver a sentir mal vou dizer ao enfermeiro	Canta a tua música preferida e avança 3 casas	Recua 2 casas

Brincar e aprender sobre a Tuberculose

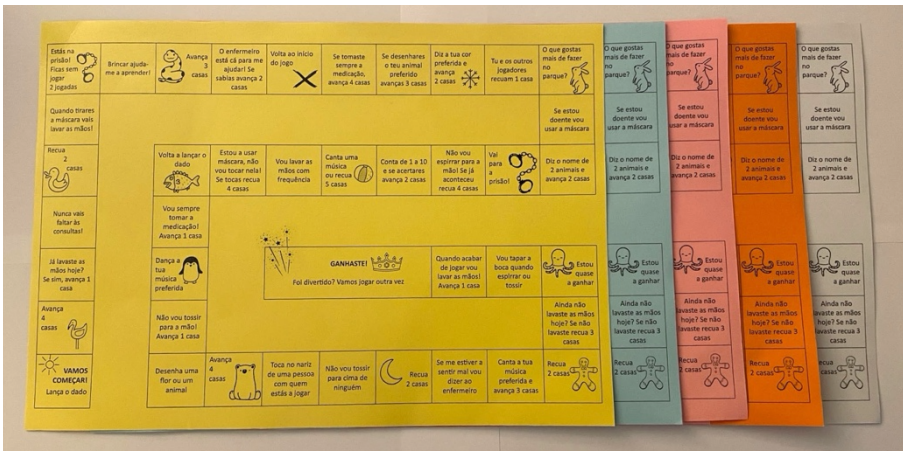
Quem começa a jogar?
-Lança o dado, quem tiver o número maior começa o jogo.

-Nas casas com desafios, se não os completares ficas na mesma casa!

Ganhaste? Pede o teu presente ao Enfermeiro!

Materiais que podes precisar:
-Folhas de papel
-Caneta/lápis
-Telemóvel

Elaborado por: Enf.ª Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa



Presente da Equipa de Enfermagem

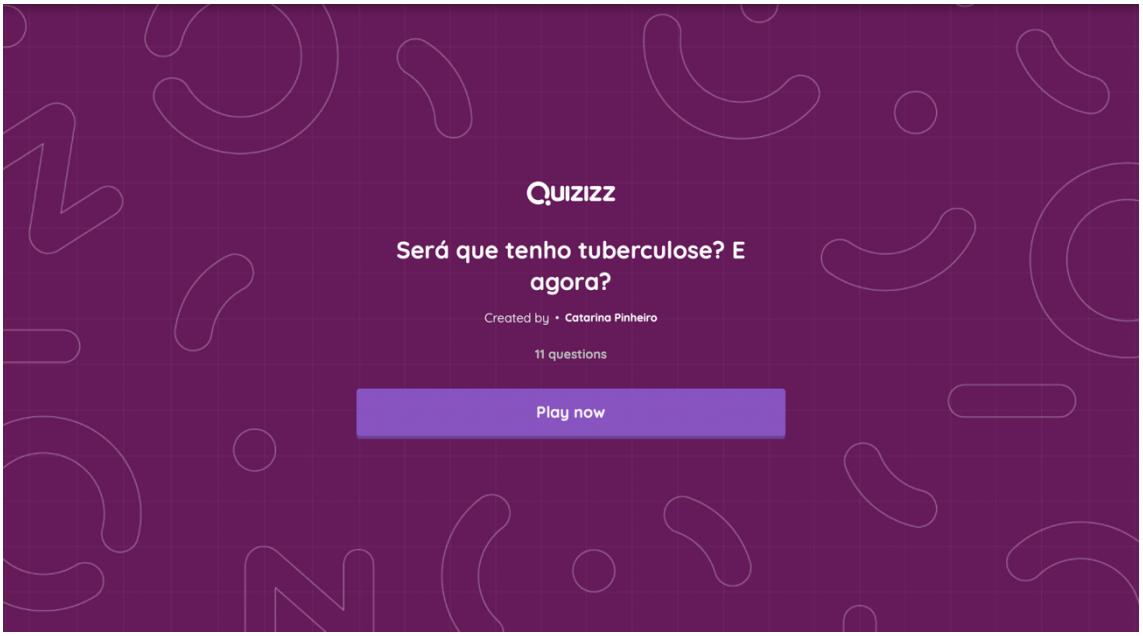
Quizz interativo sobre a tuberculose

Vamos jogar?

Será que tenho tuberculose? E agora?

No final do jogo vê este vídeo:

https://www.youtube.com/watch?v=S8jteT4rPds



O tratamento da tuberculose dura pelo menos seis meses:

1 Verdadeiro

2 Falso

Toma a medicação que te deram todos os dias, preferencialmente em jejum!
Não deixes de tomar sem falar com um profissional de saúde!

A tuberculose transmite-se através:

1. De falar com uma pessoa pelo telemóvel
2. De se sentar numa superfície contaminada
3. Da tosse ou espirros
4. De tocar numa pessoa doente

A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, quando doentes com tuberculose libertam bactérias para o ar, por exemplo através da tosse, espirros ou fala.

Se tiver dúvidas devo perguntar à equipa de enfermagem:

Select all correct options (MSQ)

1	2	3
Sim, sem dúvida	Não	Talvez

Os enfermeiros estarão sempre disponíveis para te ajudar!

Se estiver mal-disposto e com dores de barriga devo:

Não tomar a medicação até ficar sem sintomas e depois retomar a medicação quando estiver bem	Continuar a tomar a medicação e falar com um profissional de saúde	Tomar uma medicação para as dores que encontre em casa	Não fazer nada

Não tomes nenhuma medicação sem falar com um profissional de saúde

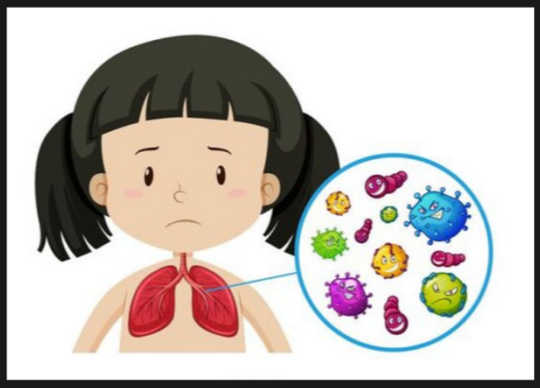
A tuberculose:

É uma doença causada por uma bactéria	Não é uma doença	É uma doença causada por um vírus	É uma doença causada por um fungo

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de *Koch*.

Posso estar dois ou três dias sem tomar os medicamentos que não vai causar problemas:

Verdadeiro	Falso



Não tomares a medicação pode deixar-te mais doente e impedir que a tuberculose desapareça!

São sintomas habituais da tuberculose, exceto:

Perda de peso	Tosse	Febre	Diarreia

Os sintomas mais frequentes são:
-Tosse
-Febre (mais ao fim do dia)
-Cansaço
-Perder peso ou não aumentar de peso

Por norma, o órgão mais afetado pela tuberculose é:

O coração	O pulmão	O fígado	A pele

Existem vários tipos de tuberculose mas a mais comum é a tuberculose pulmonar que afeta principalmente os pulmões!

A tuberculose é transmitida pela picada de um mosquito:

Falso	Verdadeiro

Nenhuma picada de mosquito causa tuberculose!

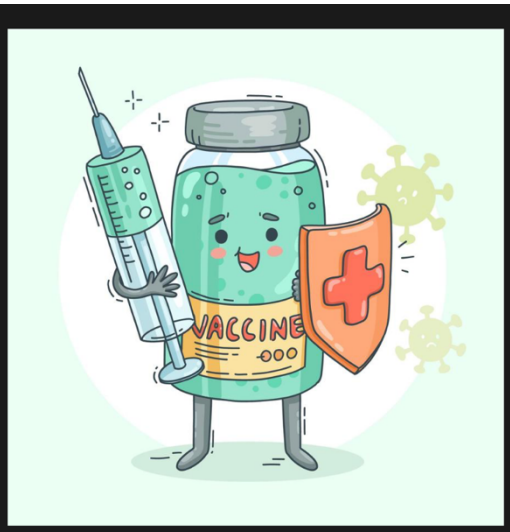
A vacina contra a tuberculose (BCG) impede de apanhar a doença:

Falso	Verdadeiro

A vacina não protege contra a infeção da tuberculose!

A vacina contra a tuberculose (BCG) previne a infeção grave por tuberculose:

Falso	Verdadeiro



Se estives vacinado o que sentes não será tão mau!

Folheto informativo "Será que o meu filho tem Tuberculose? E agora?"

Durante o internamento...

Irão ficar em isolamento até confirmação ou não da doença

Os profissionais de saúde vão utilizar equipamentos de proteção

Em isolamento a criança não pode receber visitas

Para proteção da crianças e das outras pessoas

Os enfermeiros vão ajudar a preparar a medicação para dar à criança

Esclareça as suas dúvidas!

Se já tiver tido alta:
Pode ligar para a Saúde24:
808 24 24 24

Cuidados a ter...

- Não tossir ou espirrar para as mãos.
- Tapar a boca quando espirrar ou tossir.
- Usar máscara, e se tiver a máscara colocada não tocar nela.
- Lavar as mãos com frequência e depois de tirar a máscara.

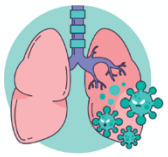
- Não deixar a saúde para segundo plano, nunca faltar às consultas.
- Tomar a medicação diariamente, não abandonar o tratamento.
- Fale sobre a doença e sobre o que o preocupa, a Equipa de Enfermagem vai ajudar.
- Quando o seu filho regressar à escola incentive-o a conviver com os seus amigos e a falar sobre os seus receios.

Elaborado por:
Enf.ª Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa

Revisto por:
Prof.ª Doutora Joana Romeiro

Referências Bibliográficas

SERÁ QUE O MEU FILHO TEM TUBERCULOSE? E AGORA?

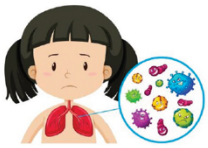


SAIBA OS CUIDADOS A TER

Unidade de Infeciologia

O que é a tuberculose?

- É uma doença infeciosa causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis ou bacilo de Koch.
- Normalmente afeta os **pulmões**, mas pode haver outros orgãos afetados.



Quais os sintomas?

- Febre prolongada
- Tosse persistente
- Cansaço
- Suores noturnos
- Falta de apetite
- Emagrecimento ou não aumentar de peso

Podem estar presentes outros sintomas inespecíficos

Como é feito o diagnóstico?

Tem sintomas ou teve contacto com pessoa infetada com tuberculose

Análises de sangue

Radiografia do tórax

Prova tuberculínica ou Mantoux

Colheita de expetoração ou suco gástrico (líquido do estômago)

Como se transmite?

Libertação de bactérias para o ar pela **tosse, espirros ou fala**

Como se trata?

- O tratamento permite alcançar a cura.
- Mas para a cura ser possível requer a toma diária de medicação que lhe será dada no hospital, e posteriormente, no centro de saúde --> preferencialmente em jejum.

O tratamento dura pelo menos 6 meses

- A medicação é gratuita.
- Se a criança/jovem não se sentir bem, não deve interromper o tratamento --> fale com um profissional de saúde.

A vacina protege contra a infeção grave mas não impede de apanhar tuberculose

Pasta com Material "Criança/Jovem e Família com Tuberculose

APÊNDICE XXV – Programa de Follow Up – Uma transição facilitada para o domicílio

	Procedimento Multissetorial	CIRA.XXX
	PROGRAMA DE FOLLOW UP **Uma transição facilitada para o domicílio**	

Aprovação
Presente à sessão do Conselho de Administração de: ____/____/_____
A Presidente _____
O Vogal _____
O Vogal _____
O Diretor Clínico _____
A Enfermeira Diretora _____
Ata nº _____/_____

Elaboração
Enfermeira Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa
Revisão
Enfermeira Especialista Enfermeira Coordenadora I Professora Doutora Joana Romeiro, docente Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A	2023	2026	1/6

1. OBJETIVOS

- Uniformizar o processo de seguimento após a alta.
- Detetar precocemente complicações no período de 24 a 48 horas após a alta.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O presente procedimento multissetorial aplica-se a todos os elementos da equipa de enfermagem a exercer funções na Unidade de Infecciologia do Hospital Dona Estefânia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

3. RESPONSABILIDADES

- Membros dinamizadores do grupo de trabalho "Follow Up".

4. DESCRIÇÃO

Em 1996, a telemedicina foi noticiada por Wootton como um significativo e inovador serviço na esfera da saúde, que inclui todo um leque de atividades médicas, com ênfase no tratamento e na educação. A sua implementação deve ser fundamentada em práticas suportadas pela evidência, numa gestão apropriada dos riscos e dos custos e na manutenção da equidade dos cuidados de saúde. A forma mais simples de utilizar este serviço é através do uso do telefone (Wootton, 1996).

Em 2009 foi criado um Modelo do Processo de Enfermagem Telefónica, que consiste em 3 fases sequenciais. Na primeira fase processa-se uma recolha de informações iniciando-se com saudação e apresentação do enfermeiro. Na segunda fase, intitulada de processamento cognitivo, há uma tomada de decisão face às necessidades, sinais e sintomas apresentados pelo cuidador e, em seguida, um planeamento das ações a desenvolver, tendo em conta os recursos disponíveis. A terceira e última fase, pressupõe o encaminhamento para o centro de saúde, médico assiste/pediatra, serviço de urgência ou número europeu de emergência, em caso de necessidade, permitindo atuar em colaboração. O Processo de Enfermagem Telefónica implica fornecer opções bem como soluções para os problemas apresentados, sendo desenvolvidas intervenções de enfermagem, permitindo a continuidade de cuidados. São ainda realizados ou validados ensinos, encorajando o cuidador nos cuidados, transmitindo sentimentos de tranquilidade (Greenberg, 2009).

A prestação de cuidados de enfermagem por telefone permite identificar necessidades. Aqui estão envolvidos fatores como o conhecimento, a comunicação e competências de pensamento crítico em enfermagem (Greenberg, 2009).

Este modelo ao ser dinâmico e direcionado para as necessidades da família é influenciado não só pelas competências pessoais e profissionais do enfermeiro como também pela qualidade e disponibilidade de recursos organizacionais como protocolos/normas, apoio da equipa médica, informação prévia sobre a família intervencionada e a presença de um enfermeiro especialista (Greenberg, 2009).

Sendo essas competências essenciais no modo de atuação do enfermeiro, em especial do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a criação de um programa de follow up torna-se imperativo para garantir a continuidade, eficácia e monitorização dos cuidados prestados. Este programa deverá ser viável no sentido de permitir a identificação e gestão de manifestações clínicas que determinem a presença de complicações e ainda a capacitação visando a prevenção de idas dispensáveis ao hospital (Smith et al., 2022). O seu principal intuito será privilegiar a área da educação, com enfoque na capacitação parental, detetando precocemente possíveis complicações no período das 24 a 48 horas após a alta.

A liderança deste programa de melhoria contínua dos cuidados prestados por um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica foi identificada, por Greenberg (2009), como fundamental por este ser um profissional de saúde conhecedor e merecedor de confiança, o que favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica e consequentemente facilita todo o processo.

Assim, a realização deste telefonema torna-se fulcral na deteção de complicações precocemente, no encaminhamento para outros recursos, no esclarecimento de dúvidas dos cuidadores e, de um modo geral, permite otimizar práticas seguras no âmbito da melhoria do processo de transição para o domicílio.

4.1. Indicações

Destina-se a todas as crianças/jovens e famílias que tenham tido alta da Unidade de Infecciologia num período de 24 a 48 horas. O telefonema deverá ser dirigido ao cuidador principal, designado ao longo do internamento.

4.2. Pressupostos

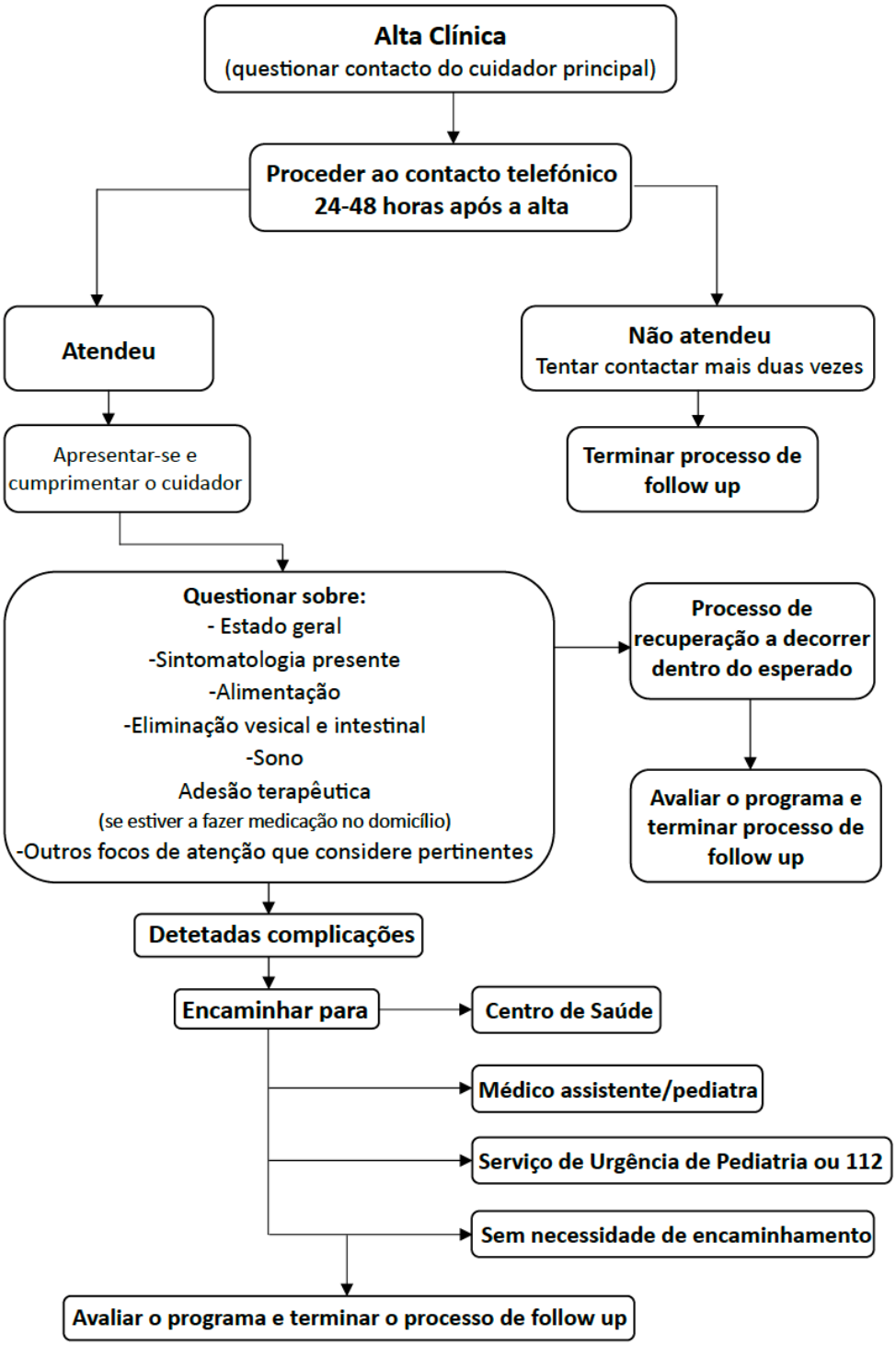
O telefonema deverá ser conduzido de acordo com o fluxograma apresentado em seguida durante as primeiras 24 a 48 horas após a alta. Este deverá ser realizado por um elemento da equipa de enfermagem, preferencialmente um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Para além das indicações contidas no fluxograma deverá ser questionado o que o enfermeiro considerar pertinente tendo em conta o motivo do internamento e os focos de atenção identificados no momento da alta.

4.3. Avaliação

A avaliação deste programa com obtenção de feedback dos cuidadores contactados torna-se prioritária para avaliar o desempenho do profissional que faz o telefonema e identificar estratégias de melhoria. Deste modo, no final de cada follow up deverá ser realizado um breve questionário a fim de determinar o impacto deste programa de melhoria contínua na satisfação do cliente.

4.4. Fluxograma



EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A	2023	2026	4/6

4.5. Guião de Follow Up

Este guião destina-se a realizar o telefonema de follow up de forma uniformizada, mas individualizada a cada criança e família.

Número de Processo:
Idade: _____
Cuidador principal: mãe ____ pai ____ Outro _____
Diagnóstico:
Focos de atenção de enfermagem:

Estado Geral: _____
Sintomatologia presente: _____
Alimentação: _____
Eliminação vesical: _____
Eliminação intestinal: _____
Sono: _____
Adesão terapêutica: _____

Outros focos de atenção relevantes: _____
_____
_____
_____

Realizados ensinos sobre: _____
_____
_____

Encaminhamento para:
____ Centro de saúde
____ Médico assistente/pediatra
____ Serviço de Urgência Pediátrica
____ Sem necessidade de encaminhamento

Questionar:
1 – Classifique de 1 a 5 a intervenção dirigida pelo enfermeiro neste telefonema? _____
2 – Recomendaria este serviço de seguimento a outras famílias? Sim ____ Não ____
3 – Pretende apresentar alguma sugestão de melhoria? Não ____ Sim, qual? _____
_____

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A	2023	2026	5/6

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(12), 2621–2629. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05132.x

Smith, A. J., Yoon, J. J., Cofer, S. A., & Orvidas, L. J. (2022). Telehealth as an effective method of follow-up for pediatric post tonsillectomy patients. *American Journal of Otolaryngology*, *43*(6), 103639. https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2022.103639

Wootton, R. (1996). Telemedicine: A cautious welcome. *BMJ*, *313*(7069), 1375–1377. https://doi.org/10.1136/bmj.313.7069.1375

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A	2023	2026	6/6

APÊNDICE XXVI - Sessão Formativa “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família”

Quadro 1 – Planeamento da sessão formativa

Sessão de Formação: "Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família"		Pré-requisitos: Sim	Qual: Enfermeiros	
Público-alvo: Equipa de enfermagem da unidade de infecciologia				
Formadora: Catarina Pinheiro		Número de sessões: 1		
Data: 14/12/2023 às 15h		Duração da sessão: 40 minutos		
Objetivo geral: Divulgar informação científica recente junto da equipa de enfermagem sobre a temática da Hospitalização Domiciliária Pediátrica				
Etapas	**Conteúdos**	**Métodos**	**Recursos**	**Duração (minutos)**
Introdução	Objetivo da sessão; Tema da revisão de literatura.	Expositivo/ interrogativo	<u>Materiais</u>: Computador; Apresentação em *PowerPoint;* Plataforma *Microsoft Teams* <u>Humanos</u>: Equipa de Enfermagem	5 minutos
Desenvolvimento	Identificação da temática; Processo metodológico; Explicação da importância da família; Definição do conceito principal; Contextualização da HDP em Portugal; As vivências da criança; As vivências dos pais; As relações familiares; A relação com os profissionais de saúde; A telemedicina em HDP;	Expositivo		20 minutos

	Nuvem de palavras.			
Conclusão	Resumo dos principais aspetos abordados; Discussão sobre o tema da sessão.	Expositivo		10 minutos
Avaliação	Avaliação da formação	Interrogativo		5 minutos

Avaliação:

Será realizado um breve questionário para avaliação da sessão supramencionada.

Indicadores de Processo

-% de enfermeiros presentes na sessão de formação

N.º de enfermeiros presentes na sessão/N.º de enfermeiros da equipa de neonatologia X 100%

Deverá ser igual ou superior a 40%.

Indicadores de Resultado

-N.º de alíneas com resposta positiva/N.º de alíneas questionadas X 100%

Deverá ser igual ou superior a 80%.

As alíneas com respostas positiva serão consideradas nas primeiras 3 perguntas se a resposta for “concordo” ou “concordo totalmente”. Na pergunta 4, será considerado uma resposta positiva se a pontuação mencionada for superior a 7.

Divulgação da Sessão

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Hospitalização Domiciliária Pediátrica:
As experiências da criança e família

Internamento de Infecciologia

FORMADOR: Enfª Catarina Pinheiro
(Aluna Mestrado Enfermagem SIP)

DATA: 14/12/2023
Hora: 15H
LOCAL: Sala de reuniões de Enfermagem + *online* (via *Microsoft Teams)*

***PowerPoint* da Sessão Formativa "Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família"**

Introdução

Cuidados de Saúde de Qualidade → Desafio constante → Exige educação, formação e atualização

↓

Viabiliza uma **recuperação melhor e mais rápida** do doente através da implementação de **cuidados especializados e individualizados** baseados na prática informada pela evidência!

→ **Intervenção do EESIP**

3

(Entidade Reguladora da Saúde, 2021)

Introdução

"O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças" (p.7)

- **"Os cuidados devem ser prestados preferencialmente em casa, no ambiente familiar da criança ou, quando tal não é possível, em contexto de consulta externa ou hospital de dia."**

4

(IAC, 2016)

Processo Metodológico

Objetivo

Sintetizar as experiências e vivências de crianças e pais/cuidadores no processo de hospitalização domiciliária pediátrica

Questão de revisão

Qual a experiência vivenciada pela crianças e família num contexto de hospitalização domiciliária pediátrica?

Revisão Sistemática Qualitativa

Objetivo da Sessão:

- Divulgar informação científica recente junta da equipa de enfermagem sobre a temática da HDP

5

Importância da Família

Família

- Sistema aberto composto por diversos membros que interagem entre si e com o seu meio
- Qualquer adversidade que surja irá afetar todos os membros

DESEQUILÍBRIO

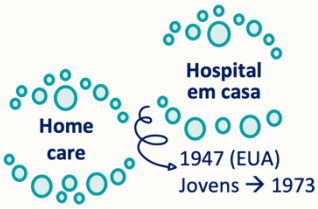
Modelo das Transições de Afaf Meleis

Hospitalização Domiciliária Pediátrica
REEQUILÍBRIO

6

(Jorge, 2004)

A Hospitalização Domiciliária Pediátrica



Assistência **contínua** na fase aguda da doença e/ou agudização de uma doença crónica

- Consentimento livre e esclarecido
- Princípios e critérios clínicos, sociais e geográficos
- Admissão Hospitalar

Programa do XXI Governo Constitucional

- Foco do desenvolvimento da modernização do SNS:
  - As necessidades da pessoa alvo dos cuidados
- Objetivo:
  - Mobilização da prestação de cuidados das instituições para o domicílio

"Cuidar em casa"

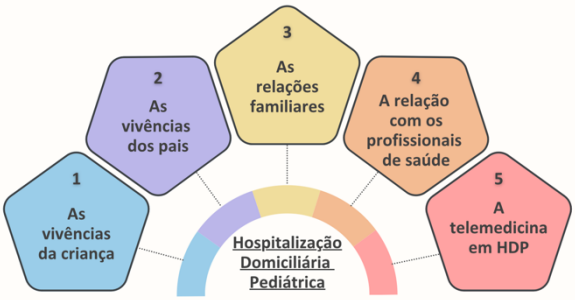
7

(Maciel, 2007; Despacho n.o 9323-A/2018, 2018)

A Hospitalização Domiciliária Pediátrica

- Ambiente mais humanizado
- Cuidados personalizados e individualizados
  - centrados nas necessidades dos doentes
- Redução da taxa e custos de internamento hospitalar
- Promoção do bem-estar e da qualidade de vida
- A continuidade dos cuidados

Intervenção do EESIP



8

(Maciel, 2007; Despacho n.o 9323-A/2018, 2018; (Regulamento n.o 422/2018, 2018)

As Vivências da Criança

- **Comunicação**
- **Autonomia**
- **Participação ativa**

Os pais assumem a vanguarda do tratamento, a **voz da criança** tende a desaparecer

- Brincar terapêutico
- Técnicas comunicacionais (humor)

Os cuidados prestados em casa:

- **Redutores da sintomatologia**
- **Promotores do bem-estar → alegria e satisfação**
- **Melhoria do apetite e do sono → maior energia**
- **Contacto com pais, irmãos, familiares e amigos**
- **Maior presença, segurança e disponibilidade**

9

(Young et al., 2006; Hansson et al., 2012; Castor et al., 2018; Aasen et al., 2019; Flon et al., 2021; Mougel, 2021)

As Vivências dos Pais

- **Familiaridade** — **Poder** — **Conforto** — **Relaxamento**
- **Responsabilidade**
- **Participação ativa**
- **Sono e relaxamento** — **Segurança mantida**

Os sentimentos **positivos** aumentaram pelo **apoio** dos profissionais de saúde

10

(Young et al., 2006; Angelholf et al., 2015; Castor et al., 2019; Aasen et al., 2019; Holm et al., 2019; Hagi-Pederson et al., 2021; Aasen et al., 2022)

As Relações Familiares

A **hospitalização** provoca um **desequilíbrio** na **vida familiar** → **Alteração** de **rotinas**

HDP permite:

- Fortalecer as relações familiares – união
- Manter hábitos de vida diária (irmãos)
- Visitas dos amigos, fortalecendo amizades
- Transição progressiva da responsabilidade para os pais
- Tornar a vida mais previsível e menos stressante
- Maior liberdade e conforto
- Melhor gestão do tempo

- Falta de relacionamento com outras famílias internadas
- Atividades lúdicas (doutores palhaços)

11

(Young et al., 2006; Hansson et al., 2012; Castor et al., 2019; Holm et al., 2019; Flon et al., 2021; Jerntorp et al., 2021; Batlle et al., 2022; Leite et al., 2022)

As Relações Familiares

Irmãos felizes e reconhecidos

Cuidado holístico e familiar

Menor necessidade de adaptação

Maior qualidade de vida familiar

A criança/jovem com doença oncológica

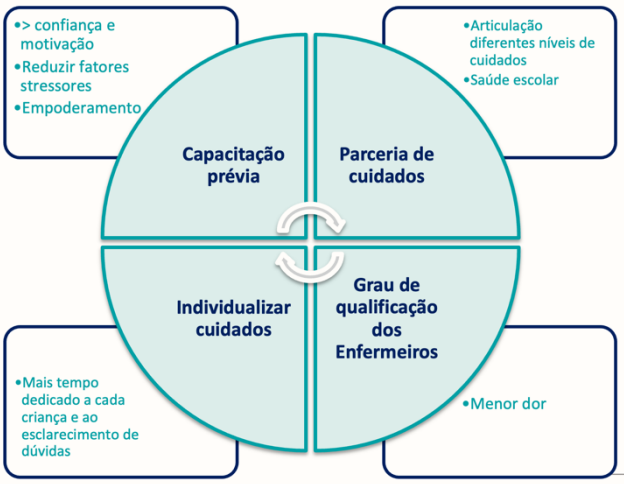
- Maior alívio da tensão e do stress
  - Redução do número de idas ao hospital
  - Sintomatologia da criança
- Segurança e proteção
- Menor risco de infeção cruzada

12

(Hansson et al., 2012; Angelhoff et al., 2015; Castor et al., 2018; Holm et al., 2019)

A Relação com os Profissionais de Saúde

(Freepik,, 2023)



13

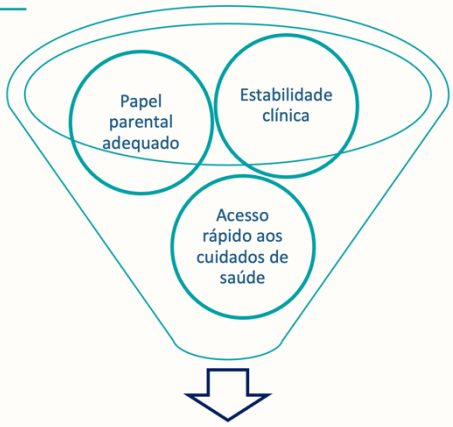
(Aasen et al., 2019; Holm et al., 2019; Flon et al., 2021; Hagi-Pederson et al., 2021; Jerntorp et al., 2021; Aasen et al., 2022)

A Telemedicina em HDP

Surgiu como complemento ao acompanhamento no domicílio, permitindo altas precoces mantendo uma monitorização contínua à distância.

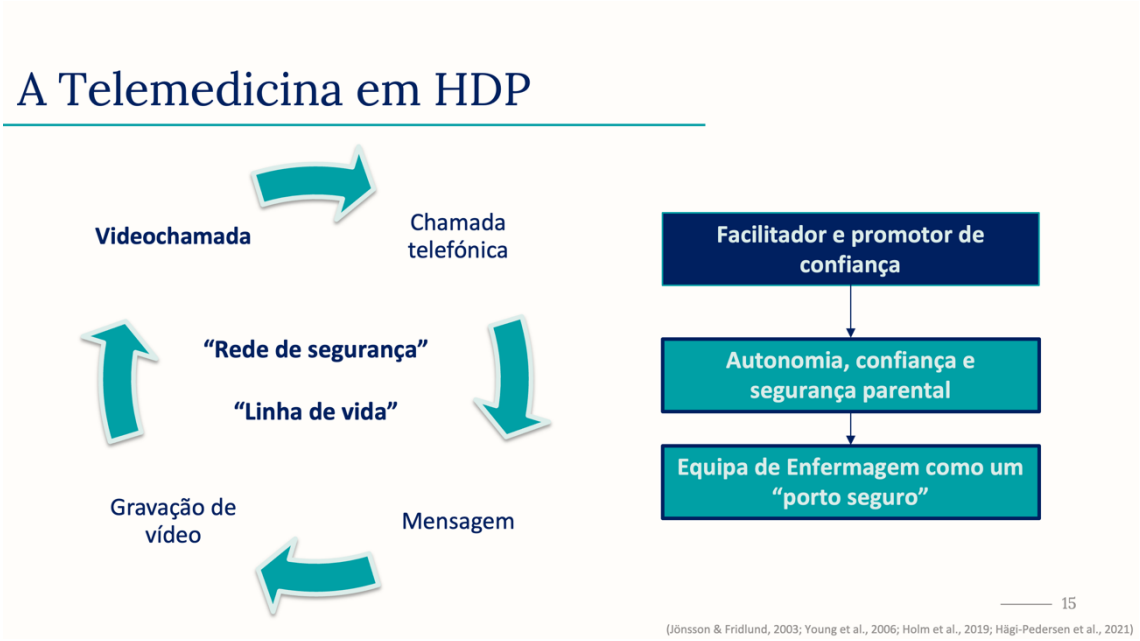
Garante o cumprimento dos pressupostos da filosofia de cuidados centrados na família.

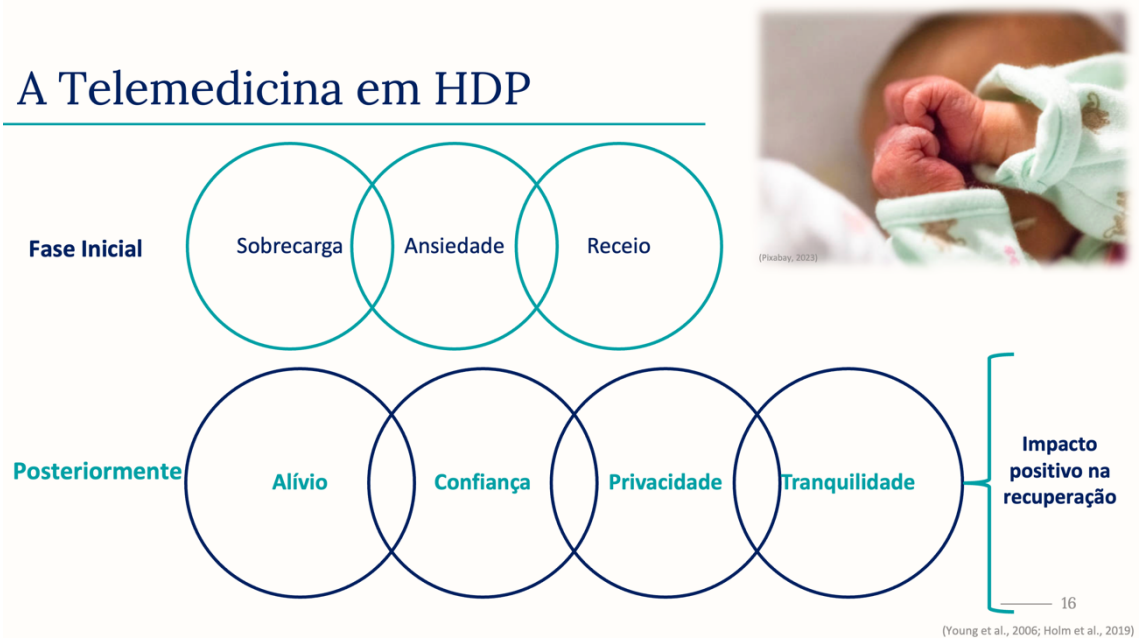
(iStock, 2023)



14

(Young et al., 2006; Holm et al., 2019)


A Telemedicina em HDP
Videochamada
Chamada telefónica
"Rede de segurança"
"Linha de vida"
Gravação de vídeo
Mensagem
Facilitador e promotor de confiança
Autonomia, confiança e segurança parental
Equipa de Enfermagem como um "porto seguro"
15
(Jönsson & Fridlund, 2003; Young et al., 2006; Holm et al., 2019; Hägi-Pedersen et al., 2021)


A Telemedicina em HDP
(Pixabay, 2023)
Fase Inicial
Sobrecarga
Ansiedade
Receio
Posteriormente
Alívio
Confiança
Privacidade
Tranquilidade
Impacto positivo na recuperação
16
(Young et al., 2006; Holm et al., 2019)

Nuvem de palavras "Sentimentos, vivências e experiências da criança e família"

17

Considerações Finais

- A HDP não é um conceito novo, e embora ainda pouco explorado, a sua prática tem vindo a expandir-se nos últimos anos → Impacto notório nas experiências e vivências da criança e família, nomeadamente nos seus sentimentos de segurança e de controlo.

- Constitui-se como um contributo inovador na melhoria da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, aumentando a proximidade da criança e sua família com o ambiente familiar.

- A vivência da doença no domicílio era facilitadora deste processo de transição, sendo este mais suave e menos traumático comparativamente com o internamento convencional.

18

(Young et al., 2006; Santos et al., 2021; Aasen et al., 2022)

Referências Bibliográficas

- Aasen, L., Johannessen, A., Ruud Knutsen, I., & Werner, A. (2022). The work of nurses to provide good and safe services to children receiving hospital-at-home: A qualitative interview study from the perspectives of hospital nurses and physicians. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(17–18), 2495–2506. https://doi.org/10.1111/jocn.16062
- Aasen, L., Ponton, I. G., & Johannessen, A. M. (2019). Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(1), 102–110. https://doi.org/10.1111/scs.12606
- Angelhoff, C., Edéll-Gustafsson, U., & Mörelius, E. (2015). Sleep of Parents Living With a Child Receiving Hospital-Based Home Care: A Phenomenographical Study. *Nursing Research*, *64*(5), 372–380. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000108
- Batlle, A., Thió-Henestrosa, S., Boada, I., López, S., Moya, I., Fernández, J. C., De Sevilla, M. F., & García-García, J. J. (2022). Attending pediatric acutely ill patients at home: Families' socioeconomic characterization, expectations, and experiences. *BMC Pediatrics*, *22*(1), 679. https://doi.org/10.1186/s12887-022-03724-1
- Castor, C., Hallström, I. K., Landgren, K., & Hansson, H. (2019). Accessibility, utilisation and acceptability of a county-based home care service for sick children in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(4), 824–832. https://doi.org/10.1111/scs.12678
- Castor, C., Landgren, K., Hansson, H., & Kristensson Hallström, I. (2018). A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), 224–231. https://doi.org/10.1111/hsc.12512
- Despacho n.º 9323-A/2018, Diário da República, 2.ª série—N.º 191—3 de outubro de 2018 26900 (2018).
- Entidade Reguladora da Saúde (Ed.). (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde* (Porto, Portugal).
- Flon, M. de, Glaffey, G., Jarl, L., Sellbrant, K., & Nilsson, S. (2021). The Childhood Cancer Centre Is Coming Home: Experiences of Hospital-Based Home Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6241. https://doi.org/10.3390/ijerph18126241
- Hägi-Pedersen, M.-B., Kronborg, H., & Norlyk, A. (2021). Knowledge of mothers and fathers' experiences of the early in-home care of premature infants supported by video consultations with a neonatal nurse. *BMC Nursing*, *20*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00572-9

Referências Bibliográficas

- Hansson, H., Kjaergaard, H., Schmiegelow, K., & Hallström, I. (2012). Hospital-based home care for children with cancer: A qualitative exploration of family members' experiences in Denmark: Hospital-based home care for children with cancer. *European Journal of Cancer Care*, *21*(1), 59–66. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01280.x
- Holm, K. G., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A. C., & Clemensen, J. (2019). Parent perspectives of neonatal tele-homecare: A qualitative study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *25*(4), 221–229. https://doi.org/10.1177/1357633X18765059
- Instituto de Apoio à Criança (Ed.). (2016). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*.
- Jerntorp, S. H., Sivberg, B., & Lundqvist, P. (2021). Fathers' lived experiences of caring for their preterm infant at the neonatal unit and in neonatal home care after the introduction of a parental support programme: A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(4), 1143–1151. https://doi.org/10.1111/scs.1293
- Jönsson, L., & Fridlund, B. (2003). Parents' Conceptions of Participating in a Home Care Programme from NICU: A Qualitative Analysis. *Nordic Journal of Nursing Research*, *23*(4), 35–39. https://doi.org/10.1177/01074083030230040
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Lusociência
- Leite, R. C., Ribeiro, C. A., Cunha, M. L. D. R., Maia, E. B. S., Ben, L. W. D., & Almeida, F. D. A. (2022). Busca de qualidade e segurança no cuidado ao filho: Interações familiares com profissionais de Home Care. *Escola Anna Nery*, *26*, e20210236. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-023
- Maciel, H. F. V. (2007). *Análise Descritiva De Um Programa De Assistência Ao Paciente Pediátrico «Internado» No Domicílio* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Mougel, S. (2021). Paroles d'enfants, paroles sur l'enfant atteint de cancer en hospitalisation pédiatrique à domicile. *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, *23*.
- Regulamento n.º 422/2018—Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Nº 133 2ª série 19192 (2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf
- Young, N. L., Barden, W., McKeever, P., Dick, P. T., & The Tele-HomeCare Team6. (2006). Taking the call-bell home: A qualitative evaluation of Tele-HomeCare for children. *Health and Social Care in the Community*, *14*(3), 231–241. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00615.x

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

(Freepik, 2023)

Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família

Questões?

Formadora:
Catarina Pinheiro, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Email: catarina_pinheiro96@hotmail.com

Questionário de Avaliação da Sessão "Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família"

Questionário de Avaliação da Sessão
"Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família"

1. **Conteúdo da sessão** (assinale com uma cruz)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
O objetivo foi claro e adequado					
O conteúdo foi adequado					
A sessão correspondeu às suas expectativas					
A sessão promoveu a aquisição de novos conhecimentos					

2. **Organização da sessão** (assinale com uma cruz)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Os meios utilizados foram adequados					
A duração da sessão foi adequada					

3. **Formador** (assinale com uma cruz)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Tinha domínio sobre a temática					
Adequou o objetivo aos métodos					
Teve clareza e precisão na transmissão do conteúdo					
Teve motivação e empenho					
Teve um bom relacionamento com os participantes					

4. **Qual a probabilidade de recomendar esta sessão a outros colegas a exercer funções na área de saúde infantil e pediatria?** (assinale com uma cruz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada provável										Extremamente provável

5. **Comentários e sugestões de melhoria**

_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada!

1. Conteúdo da Sessão

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
O objetivo foi claro e adequado	○	○	○	○	○
O conteúdo foi adequado	○	○	○	○	○
A sessão correspondeu às suas expectativas	○	○	○	○	○
A sessão promoveu a aquisição de novos conhecimentos	○	○	○	○	○

2. Organização da Sessão

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Os meios utilizados foram adequados	○	○	○	○	○
A duração da sessão foi adequada	○	○	○	○	○

3. Formador

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Tinha domínio sobre a temática	○	○	○	○	○
Adequou o objetivo aos métodos	○	○	○	○	○
Teve clareza e precisão na transmissão do conteúdo	○	○	○	○	○
Teve motivação e empenho	○	○	○	○	○
Teve um bom relacionamento com os participantes	○	○	○	○	○

4. Qual é a probabilidade de recomendar esta sessão a outros colegas a exercer funções na área de saúde infantil e pediatria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada provável — Extremamente provável

5. Comentários e sugestões de melhoria

Introduza a sua resposta

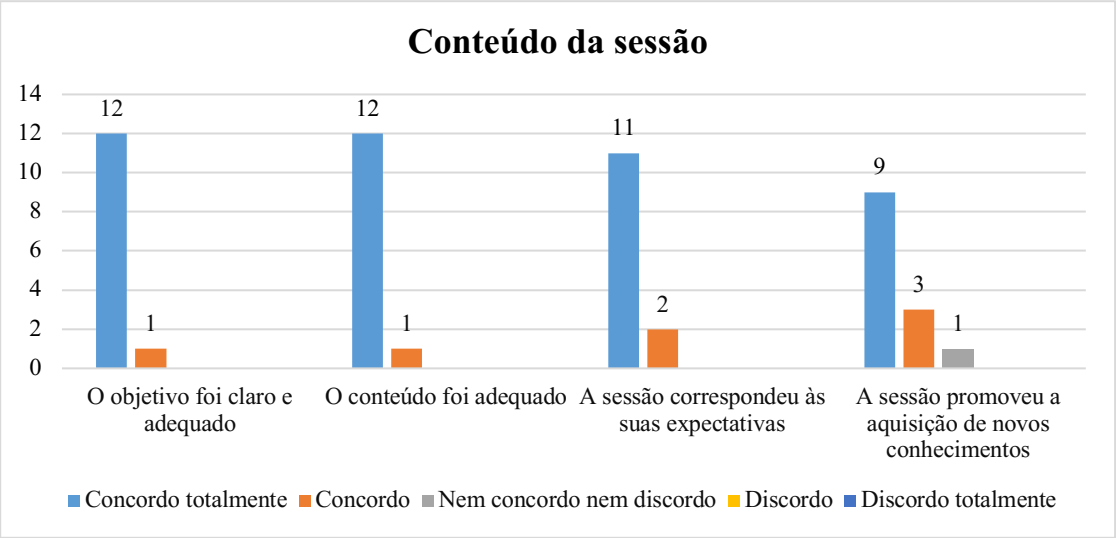
Extração, análise e interpretação dos dados referentes ao questionário

A sessão formativa "Hospitalização Domiciliária Pediátrica: As experiências da criança e família" sucedeu no dia 14 de dezembro de 2023 às 15h em formato híbrido, tendo participado na mesma 13 elementos da equipa de enfermagem da unidade, o que corresponde a 54% da equipa. Foi utilizado este tipo de formato para alcançar um maior número de participantes.

O presente questionário foi elaborado em dois formatos, físico e *online* via *Microsoft Forms,* sendo o link do mesmo partilhado no grupo *online* da equipa de enfermagem, divulgado pela enfermeira orientadora.

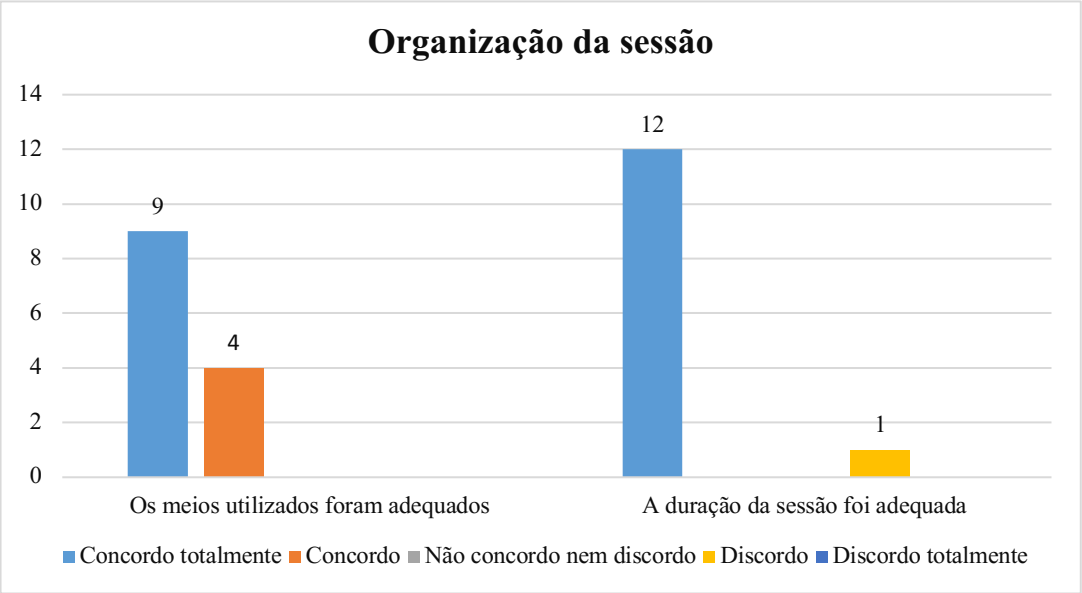
Em seguida são apresentadas as respostas ao questionário dadas pelos participantes com análise subsequente de cada uma das mesmas.

Gráfico 1 – Conteúdo da sessão



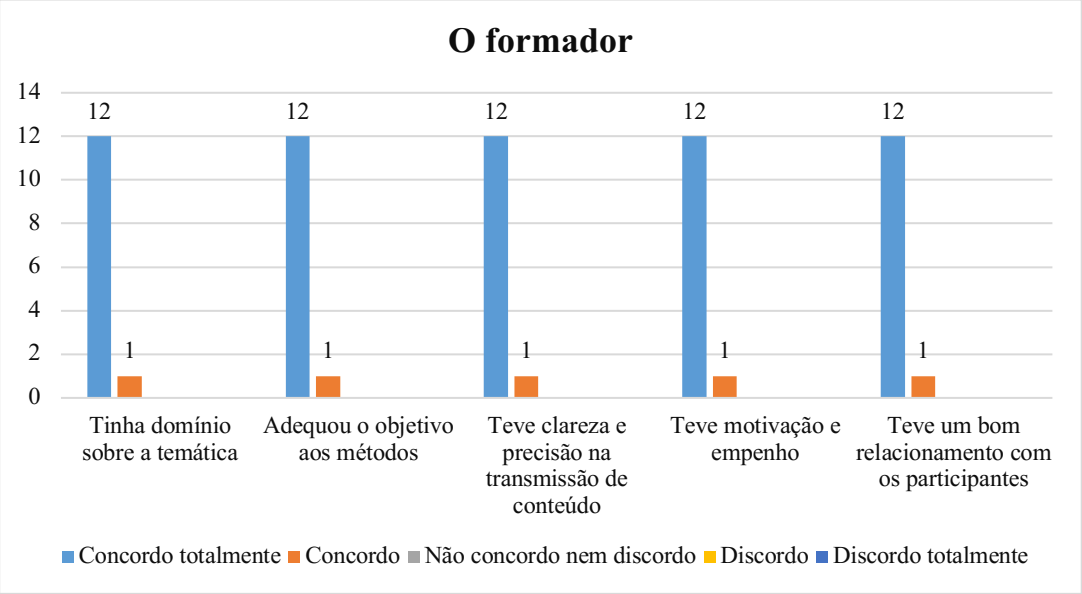
A análise do gráfico permite aferir que houve unanimidade relativamente ao conteúdo e objetivo da sessão ser adequado. Para além disso, em 84,6% a sessão correspondeu totalmente à expectativa dos participantes e em 92% promoveu a aquisição de novos conhecimentos, sendo bastante positivo.

Gráfico 2 – Organização da sessão



Relativamente à organização da sessão, 69% concordou totalmente com os meios utilizados serem adequados. Os restantes 31% podem não ter ficado tão satisfeitos pelo formato híbrido. Quanto à duração da sessão, apenas um participante discordou que foi adequada, o que após leitura dos comentários expressos se pode aferir que manifestou preferência por uma sessão formativa mais longa.

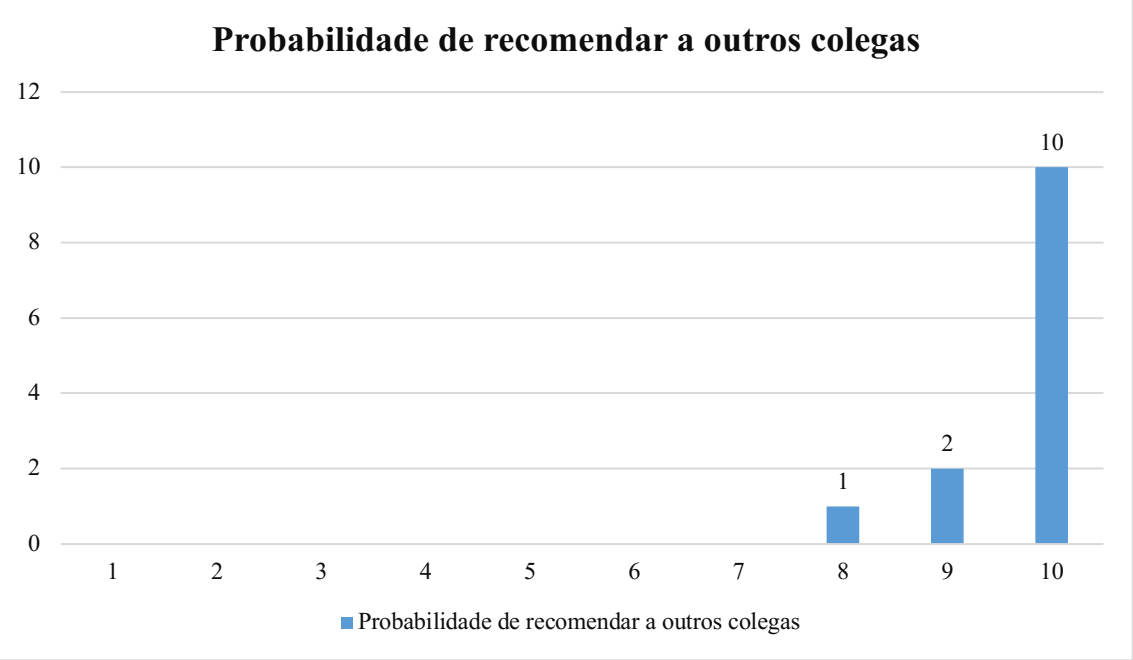
Gráfico 3 - Formador



Quanto à competência do formador, 92% afirmou concordar totalmente que o mesmo tinha domínio sobre o tema, adequou o objetivo aos métodos, teve clareza e precisão na transmissão de conteúdo, teve motivação, empenho e um bom relacionamento

com os participantes. As respostas permitem aferir que a realização da sessão foi consistente e clara do ponto de vista dos participantes.

Gráfico 4 – Probabilidade de recomendar a sessão a outros colegas



Com base nos resultados do questionário, observa-se uma tendência altamente positiva em relação à recomendação da sessão a outros colegas a trabalhar na mesma área. A esmagadora maioria, representada por dez das 13 pessoas entrevistadas, atribuiu a pontuação máxima de 10 na escala de 0 a 10, indicando uma satisfação extremamente alta. Os restantes três participantes também atribuíram avaliações positivas, podendo estar intrínsecas pequenas áreas de melhoria.

A última questão, não sendo de resposta obrigatória, pedia aos participantes que enunciassem comentários ou sugestões de melhoria. Estes são apresentados em seguida em forma de tabela.

Tabela 1 – Comentários e sugestões de melhoria

"Parabéns! Excelente sessão e excelentes proposta de melhoria dos cuidados de enfermagem."
"Apresentação de um tema atual, importante. Apresentado muito bem, percetível e boa comunicação. Muito criativa e habilidosa. Está de parabéns!"
"Parabéns pela apresentação, só gostava que a sessão fosse um pouco mais longa."

“Partilha de conhecimento muito pertinente e bastante bem adaptada à realidade clínica do contexto”
“Parabéns pela apresentação!”
“Foi muito bom, obrigada Catarina”
“Muitos parabéns Catarina! Muito pertinente...E os instrumentos são ferramentas importantes! Obrigado!”

Em jeito de resumo, os resultados apresentados refletem um elevado nível de satisfação dos participantes, indicando que a sessão foi um sucesso. A avaliação desta sessão permitiu avaliar a sua eficácia e reconhecer possíveis áreas de aprimoramento para sessões futuras.