



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

Por

Ana Catarina Baptista dos Santos

Porto, março 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PRACTICUM REPORT

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

Por

Ana Catarina Baptista dos Santos

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

Porto, março 2025

RESUMO

O presente Relatório de Estágio foi realizado no âmbito do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), do Porto.

Este relatório pretendeu descrever o caminho percorrido ao longo do Estágio Final, para adquirir e consolidar competências e conhecimentos subjacentes à área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O Estágio Final foi realizado em diversos contextos da prática de Enfermagem, nos quais o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria ocupa o seu espaço de intervenção: numa Unidade de Cuidados na Comunidade; no Serviço de Urgência Pediátrica, com passagem no serviço de Medicina Intensiva Pediátrica; e, por fim, no serviço de Neonatologia.

Neste Relatório foi utilizada uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, onde as várias atividades desenvolvidas nos estágios foram refletidas e fundamentadas, com base científica, demonstrando a aquisição das competências definidas no plano de estudos.

Com base nas competências do EESIP, foram trabalhadas as dimensões da comunicação com a criança/jovem e família, a gestão e controlo da dor, os cuidados especializados em situações complexas ou de doença crónica, a transição para a parentalidade e a parceria de cuidados. Além disto, foram também enaltecidas as competências do Enfermeiro Especialista, na área da formação, da investigação e da gestão.

A elaboração deste relatório teve um papel fundamental sobre a minha aprendizagem, onde explanei as competências adquiridas, mas, sobretudo, onde desenvolvi objetivos de aprendizagem que me levaram a alcançar essas competências, tendo alicerçado essa prática a uma consciência reflexiva, que usa evidência científica atual e credível.

Palavras-Chave: Enfermagem; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Criança; Família;



CATOLICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



ABSTRACT

This Internship Report was carried out within the scope of the 17th Master's Degree in Nursing, with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, at Universidade Católica Portuguesa (UCP), Porto.

This report aimed to describe the path taken throughout the Final Internship, in order to acquire and consolidate competencies and knowledge inherent to the field of Child Health and Pediatric Nursing. The Final Internship was conducted in various nursing practice settings, in which the Child and Pediatric Health Nurse Specialist assumes their role of intervention: Primary Health Care; Pediatric Emergency Service (and Pediatric Intensive Care Unit); and Neonatology.

A descriptive and critical-reflective methodology was employed in this report, in which the various activities developed during the internships were analyzed and supported with scientific evidence, demonstrating the acquisition of the competencies established in the study plan.

Based on the competencies of the Child Health and Pediatric Nursing Specialits, several dimensions were addressed: communication with the child/adolescent and family; pain control and management; specialized care in complex or chronic health conditions; transition to parenthood; and the establishment of care partnership. In addition, the specialist nurse's competencies in the areas of education, research and management were also highlighted.

The preparation of this report played a fundamental role in my learning process, allowing me to articulate the competences acquired but, above all, to develop learning objectives that guided me to toward achieving those competencies. This process was grounded in a reflective practice, supported by current and reliable scientific evidence.

Key words: Nursing; Child and Pediatric Health Nursing; Child; Family;



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Dedicatória

À minha avó 'Linda.



Agradecimentos

Findo um percurso tão intenso e tão exigente da minha vida, não poderia de deixar de expressar o meu sincero agradecimento a todos que apoiaram esta minha caminhada. Desta forma dedico algumas palavras de apreço e profunda gratidão:

À minha Professora Constança Festas, orientadora deste percurso, a quem agradeço profundamente pela orientação sábia, sempre acompanhada de generosidade, sensibilidade e exigência construtiva, guiando-me a atingir o melhor de mim, mesmos nas alturas mais desafiantes.

A todas as minhas enfermeiras tutoras, pela dedicação e disponibilidade com que me acompanharam neste percurso, garantindo-me as melhores oportunidades de aprendizagem e contribuindo, de forma inestimável, para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os colegas, que de alguma forma ou de outra, contribuíram para tornar este caminho mais leve.

Às crianças, jovens e famílias, que generosamente me abriram as portas das suas vidas e me concederam o privilégio de cuidar delas, confiando em mim e enriquecendo, de forma única, o meu percurso.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela presença constante e pelo amor inabalável em todos os momentos.

Às pessoas da minha vida, amigos e família, que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a seguir as minhas ambições.

A cada um vós, Muito Obrigada!



Índice

1. Introdução	9
2. Competências Previamente Adquiridas	11
3. Contextualização do Estágio Final.....	16
4. Processo de Desenvolvimento de Competências Especializadas	20
4.1. Domínio da Prestação de Cuidados.....	20
4.2. Domínio da Formação.....	56
4.3. Domínio da Gestão.....	59
4.4. Domínio da Investigação.....	68
4.5. Domínio da Responsabilidade Profissional.....	70
5. Implicações para a Prática	73
6. Conclusão.....	75
Bibliografia	77
APÊNDICES.....	90
Apêndice I - Sessão do Programa Parentalidade - “Precauções de Segurança no Bebê”	91
Apêndice II - Estudo de Caso.....	124
Apêndice III - Revisão da Literatura.....	175



Lista de Siglas Acronimos

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CPTAS - *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM1 - Diabetes Mellitus Tipo 1

EE – Encarregado de Educação

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECMO – Oxigenação por membrana extracorporeal (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*)

FINE – *Family and Infant Neurodevelopmental Education*

IG – Idade Gestacional

NIDCAP® - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NACJR - Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

NSE – Necessidades Saúde Especiais

OT – Orientação Tutorial

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Plano Nacional Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PSI – Plano de Saúde Individual

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro



RN – Recém-Nascido

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

RSVI – Rastreio de Saúde Visual Infantil

SE – Saúde Escolar

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar



1. Introdução

O presente Relatório de Estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 17º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), do Porto.

Este relatório pretendeu descrever o caminho percorrido para adquirir e consolidar competências e conhecimentos subjacentes à área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Com este relatório, quis também dar a entender o crescimento pessoal e profissional, que me permitiu desenvolver o aperfeiçoamento de competências específicas, que são alicerces para a minha prática de Enfermagem em todos os contextos em que a Saúde Infantil e Pediatria se pode inserir.

O Estágio Final foi realizado em diversos contextos da prática de Enfermagem, no qual o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria pode ocupar o seu espaço de intervenção.

Desta forma, no período de 2 de setembro a 18 de dezembro de 2024, tive a oportunidade de realizar estágio nos seguintes contextos: numa Unidade de Cuidados na Comunidade; no Serviço de Urgência Pediátrica, com passagem no serviço de Medicina Intensiva Pediátrica; e, por fim, no serviço de Neonatologia.

Este longo percurso permitiu-me vivenciar muitas experiências e desafios, de modo a ir de encontro aos objetivos gerais estabelecidos no plano de estudos do curso:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Saúde Infantil e Pediatria;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;



- Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.
- Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

Além disto, o presente relatório serve como instrumento de avaliação da Unidade Curricular, sendo por isso um mapa do percurso académico desenvolvido, onde é utilizada uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, com o objetivo de explicitar de que forma as competências específicas (desenvolvidas nos capítulos seguintes), foram atingidas, dando também ênfase aos objetivos traçados para cada uma das competências, assim como as atividades desenvolvidas e as base conceptuais e científicas utilizadas.

O relatório encontra-se estruturalmente organizado em seis capítulos: (i) a Introdução, onde foi realizada uma breve contextualização da Unidade Curricular, bem como os seus objetivos gerais, fazendo referência à estrutura e metodologia do trabalho; (ii) Competências Previamente Adquiridas, onde foram abordadas as competências adquiridas na Unidade Curricular precedente; (iii) Contextualização do Estágio Final, onde foram descritas as características gerais dos diferentes serviços, equipas e instituições do Estágio Final; (iv) Processo de Desenvolvimento de Competências, onde foram elencadas e descritas as competências definidas, bem como os objetivos e reflexões a elas associadas; (v) Implicações para a Prática, onde foi feita uma avaliação global do estágio, bem como as implicações para a minha prática profissional; (vi) e, por fim, a Conclusão, onde foi feita a análise transversal do Relatório.

A forma de referenciação no texto e as Referências Bibliográficas foram elaboradas seguindo a norma APA (*American Psychological Association*), sexta edição.



2. Competências Previamente Adquiridas

Profissionalmente, sempre exerci funções na área da Pediatria, começando, em dezembro de 2019, no serviço de Urgência Pediátrica, até abril de 2020. Nesta altura, ingressei para os Cuidados Intensivos Neonatais. Em abril de 2023 mantive a minha carreira profissional na área da Neonatologia, mas mudando para outro hospital. Contando, até agora, com 5 anos e 5 meses de experiência profissional.

O meu percurso no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica iniciou-se no segundo semestre, após me serem creditadas as unidades curriculares do primeiro semestre (30 ECTS), pelo Mestrado em Enfermagem Avançada, que conclui em 2022, onde me debrucei sobre a área da Neonatologia, com a dissertação intitulada “*Stress dos Pais com Filhos Internados Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Uma Revisão Sistemática da Literatura*”. O meu percurso académico conta ainda com uma Pós-Graduação em Medicina Neonatal.

Este segundo semestre consistiu nas unidades curriculares teóricas específicas da Saúde Infantil e Pediátrica (15 ECTS) e o Estágio de Vigilância e Decisão Clínica (15 ECTS), que tiveram um grande impacto no meu restante percurso formativo. O estágio foi organizado para um total de 300 horas, das quais obedeciam: 180 horas de contacto, 12 horas de Orientação Tutorial (OT), 24 horas de Seminário e 84 horas trabalho autónomo. Decorreu no período de 6 de maio de 2024 a 15 de julho 2024, num Serviço de Pediatria Médica, sob a tutoria de uma EESIP. Além disto, e pelo meu interesse e procura de oportunidades de crescimento profissional, tive a oportunidade de ter contacto com o Hospital de Dia Oncológico (14h) e o Hospital de Dia Pediátrico (7h), tendo, por isto, realizado 187h de contacto, no total.

O serviço de Pediatria Médica dá resposta a uma ampla gama de cuidados ao doente pediátrico e família, que emergem das suas necessidades de doença aguda e crónica e conta com uma equipa de enfermagem cujo seu objetivo é cuidar do doente pediátrico e da família, face às suas respostas humanas perante a sua condição clínica, que podem advir de diversas especialidades.

O serviço é constituído por 40 enfermeiros, dos quais 80% são enfermeiros especialistas. Isto vai de encontro ao que está definido no PARECER N° 10/ 2018 - Cálculo De Dotações Seguras Nos Cuidados De Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica “*Nas Unidades de Internamento*



(...) deve existir dois enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica por cada três enfermeiros de cuidados gerais, em permanência nas 24 horas” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

O estágio na Pediatria Médica abriu-me horizontes para explorar algumas temáticas na continuidade do percurso académico, sendo que o contacto tão prolongado com a doença crónica foi um impulsor para despertar o meu interesse e necessidade de aprofundar a minha procura científica nesta área, que teve os seus efeitos também nos estágios consequentes.

O estágio neste serviço em particular, agrega a necessidade e a responsabilidade iminente de uma prestação de cuidados cautelosa e exigente, onde o enfermeiro necessita não só de dominar técnicas assistenciais práticas, mas também dominar um arcabouço teórico amplo, de forma a ser capaz de dar resposta às variadíssimas circunstâncias que encontra no seu local de trabalho. Além disso, e associada à carga de trabalho, pela complexidade de doentes, é exigido aos ESIP uma capacidade de gestão de recursos, materiais e humanos, que transcende a maioria dos serviços.

Sem falhar nestas dimensões muito importantes, nota-se que a equipa, une esforços para uma procura contínua de conhecimento, tendo o projeto do “*Journal Club*” como um meio muito importante de disseminação e partilha de conhecimento, entre os enfermeiros do serviço, realizando um encontro mensal para a discussão de conteúdo científico pertinente para a prática de enfermagem no serviço. Enquanto estudante da Especialidade, participar no *Journal Club* foi importante para aquisição de competências de Especialista, ao ser facilitadora da aprendizagem e ao suportar a prática clínica em evidência científica, contribuindo para aquisição de competências propostas no plano de estudos e, também, que vai de encontro à competência: “*alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação*” (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Também os cuidados no binómio criança/família são um referencial muito importante neste serviço e neste estágio tive a oportunidade de trabalhar esta competência que é imperativa na prática de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.



No contexto hospitalar, este modelo preserva a sua importância, uma vez que os pais são os principais acompanhantes dos filhos. Também a Legislação Portuguesa fortalece a importância dos pais no decorrer deste processo pois, segundo o artigo 2o da Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, “*A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua*” (Lei n.º 106/2009 - Diário da República, 2009).

Neste seguimento, foi também importante aprofundar conhecimentos sobre o Papel Parental Complexo, que tem uma enorme aplicabilidade neste contexto, pelo número de doentes crónicos e/ou com condições de saúde especiais. Aqui, o “*Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*” foi um referencial para a minha prática, onde o papel do enfermeiro na parceria de cuidados é facilitar a transição para uma Papel Parental Complexo, onde os pais terão de aprender sobre as necessidades complexas e permanentes do seu filho (Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa, 2023), que por sua vez, pode diminuir significativamente o tempo de internamento, promovendo um regresso ao ambiente natural da criança e da família.

Também a comunicação na idade pediátrica foi um pilar e uma grande aprendizagem neste estágio e uma das abordagens que mais me deu gosto trabalhar. O doente pediátrico distingue-se de todos os outros pelas suas especificidades e, no que toca à comunicação, deve ser tido em conta as características inerentes ao seu desenvolvimento e ao processo de pensamento (Hockenberry & Wilson, 2014). Adequar as técnicas comunicacionais à faixa etária revelou-se muito importante, sobretudo ao estabelecimento de uma relação terapêutica e, consequentemente, à adesão da criança aos procedimentos (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Também a gestão da dor e a utilização de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas foi um tema que me estudei e refleti, sendo que é uma das preocupações do enfermeiro ESIP. No serviço de Pediatria Médica, todos os instrumentos enumerados nas “*Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*” encontram-se disponíveis nos sistemas de informação (SClinico) e são utilizados conforme as indicações. Neste contexto, a dor assume um papel fulcral na prática dos enfermeiros, que se preocupam não só com a sua avaliação, mas também com a sua prevenção e intervenção de estratégias de alívio da dor.



A passagem pelos Hospital de Dia Pediátrico e Oncológico foi também enriquecedora para conhecer esta forma de prestação de cuidados à criança. O Hospital de Dia é um recurso que promove, mesmo às crianças com doenças limitadoras, um percurso dentro da normalidade, porque, o facto de existir um hospital de dia, reduz a necessidade de internamento, que despoleta uma alteração muito grande na dinâmica da criança e da família, implicando, entre outras coisas, as suas relações sociais e o seu percurso escolar.

O Hospital de Dia Pediátrico e o Hospital de Dia Oncológico dão assistência de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h, à exceção de dois dias por semana que se estende até às 17h e a gestão de doentes é feita pela equipa de enfermagem que agenda as marcações.

O Hospital de Dia Pediátrico dá resposta ao tratamento de crianças com doença crónica que necessitem de intervenções em meio hospitalar, mas sem a necessidade de internamento. Neste contexto são administradas terapêutica endovenosas sob vigilância, são realizadas provas de provocação e realização de tratamentos a cateteres centrais. Neste espaço a criança/jovem pode ter um acompanhante. Além disto, existe uma terapeuta ocupacional com atividades para as crianças participarem durante o tratamento.

Já o Hospital de Dia Oncológico, é exclusivo para doentes portadores de doença oncológica. As crianças utilizam o Hospital de Dia para receber tratamento com quimioterapia, antibioterapia ou derivados de sangue. Neste espaço, as crianças têm também um acompanhante e têm uma Sala de Brincar com uma Terapeuta Ocupacional. Além disto, o Hospital de Dia Oncológico tem ainda um espaço de consulta, destinada a uma avaliação mais prática da criança, como os sinais vitais e dados antropométricos.

De forma geral, o estágio nestes contextos permitiu-me desenvolver competências fundamentais na área da Enfermagem em pediatria, no âmbito da comunicação com a criança/jovem e família, promovendo uma relação terapêutica; no âmbito da avaliação da dor e o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, adaptada a cada faixa etária da criança e situação clínica; e, também no que concerne à parceria de cuidados, respeitando as dinâmicas familiares e considerando os pais como um elo central no cuidado à criança/jovem. Desta forma, desenvolvi uma base coesa de competências Específicas do foro do Enfermeiro



Especialista, que foram aprofundadas e ampliadas nos estágios seguintes, concorrendo para o meu desenvolvimento profissional e consolidação do perfil de Especialista.



3. Contextualização do Estágio Final

O Estágio Final e Relatório é uma unidade curricular com 30 ECTS, à qual correspondem: 360 horas de contacto, 20 horas de OT, 20 horas de Seminário, 200 horas de elaboração de relatório e 240 horas de trabalho autónomo. O estágio decorreu na janela temporal de 2 de setembro a 18 de dezembro de 2024, contemplando três contextos distintos: Cuidados de Saúde na Comunidade, Urgência Pediátrica e Neonatologia.

O estágio em Cuidados de Saúde Primários decorreu no período de 2 de setembro a 23 de outubro de 2024. Neste âmbito, o estágio incidiu sobre duas grandes áreas: a saúde escolar e a parentalidade, cujas suas particularidades serão abordadas a seguir. Além disto, mas com menor incidência, também tive a oportunidade de participar em contexto de USF.

A UCC deste estágio atende cidadãos de um leque de freguesias diferentes de uma cidade do norte de Portugal, o que corresponde sensivelmente a 41 285 habitantes inscritos (dados da Base Nacional do Registo Nacional de Utentes – RNU).

A UCC disponibiliza uma carteira de serviços que contempla as seguintes áreas: a Saúde Escolar, tendo como referencial o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); a Reabilitação, com intervenção fundamentalmente em ECCI; a Saúde Mental, com intervenção na ECCI, em ambiente escolar, formação a cuidadores formais, intervenção em grupos vulneráveis e de risco/famílias/cuidadores e parceria com o Hospital Magalhães Lemos no acompanhamento de utentes/famílias/cuidadores na comunidade; a ECCI, com cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitação e paliativa em indivíduos dependentes/famílias/cuidadores no âmbito da RNCCI; a Parentalidade, intervindo na área da saúde reprodutiva, saúde da criança /jovem e participação nas atividades do NACJR; e a Saúde do adulto/idoso com intervenção individual/familiar/comunitária em situação de risco e/ou vulnerabilidade, formação a cuidadores formais e consultoria.

A equipa multiprofissional da UCC é constituída por: três Enfermeiros de Cuidados Gerais; seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária; duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia; duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria; três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; uma Assistente Técnica; uma



Médica de Medicina Geral e Familiar; uma Técnica Serviço Social; uma Higienista Oral; uma Nutricionista; uma Psicóloga; e uma Terapeuta da Fala.

No estágio na UCC fui acompanhada pelas duas Enfermeiras ESIP, uma das quais exerce funções na área da Saúde Escolar e outra na área da Parentalidade, tendo sido combinados os turnos de forma a aproveitar as melhores situações de aprendizagem em cada uma das áreas.

Desta forma, foi possível acompanhar a Saúde Escolar, que tem um papel determinante na saúde das crianças em idade escolar. Orientada pelo PNSE, a Saúde Escolar implementa nas escolas programas de Promoção da Saúde. Estes programas, tendem a ir de encontro às necessidades de aprendizagens sobre comportamentos saudáveis e estilos de vida saudáveis e são adequados à faixa etária e de desenvolvimento das crianças e jovens, que frequentam as escolas (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O PNSE elaborado pelo Ministério da Saúde, com o Ministério da Educação pretende que a comunidade escolar esteja envolvida nestes programas. Além disso, também a comunidade escolar, docentes e não-docentes, são tidos como alvo de intervenção da Saúde Escolar.

A equipa de Saúde Escolar, tem outros elementos que o constituem (2 enfermeiras especialistas em saúde comunitária) que, juntamente com a EESIP, distribuem entre si os agrupamentos e escolas para a dinamização do Eixo 1 do PNSE – Capacitação. Este eixo assenta na capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável, nas áreas de intervenção: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (Direção-Geral da Saúde, 2015a).

Ainda afeta à SE, a EESIP é a responsável pela assistência de enfermagem à criança/jovem com Necessidades de Saúde Especiais. Tratando-se de crianças com patologias ou condições de saúde especiais, é claro que o EESIP é o elemento com mais entendimento e conhecimento para gerir estas situações.

Noutra dimensão, a Parentalidade, é um domínio que é partilhado juntamente com 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, num projeto que se inicia com



grávidas a partir das 24 semanas gestação até aos 6 meses de idade do bebé. Dentro deste projeto, existe ainda o projeto de desenvolvimento infantil, desenvolvido apenas com a EESIP, que mobiliza os recursos humanos da UCC para integrar este projeto, de forma a torná-lo mais rico. Além disto, a EESIP da área da parentalidade integra o NACJR.

Ainda nos cuidados na comunidade, também tive a oportunidade de realizar alguns turnos na USF, mas a mesma não tinha enfermeira ESIP, sendo que este assunto será abordado mais a frente, em reflexão. Neste contexto, foram realizadas consultas de Saúde Infantil, onde se inseria o Plano Nacional de Vacinação.

De salientar que ambas as enfermeiras ESIP da UCC trabalham com muita proximidade, sendo também elos de referência na área da Saúde Infantil e Pediatria nas USF que estão estruturalmente acima da UCC.

O segundo estágio decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), no período de 24 de outubro a 27 de novembro, fazendo um total de 115,5 horas de contacto, das quais 21 horas foram no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica. Embora não tenha sido o meu primeiro contacto com este contexto (por ter tido uma experiência profissional em contexto de urgência pediátrica), este Serviço de Urgência Pediátrica tem características muito próprias. Além de ser um SUP com trauma, o que o destaca por ser o nível mais diferenciado de assistência em contexto de urgência e emergência, o SUP tem também uma organização estrutural do serviço muito específica, que se encontra dividido em áreas de atendimento face ao nível de urgência. Também o processo de triagem difere do que é mais comum a ser utilizado, pois neste serviço é usada a triagem Canadiana, que confere uma triagem mais adequada à criança.

A Urgência Pediátrica presta assistência direta a população a várias freguesias do Norte de Portugal e, por ser um hospital central, a afluência ao serviço de urgência é muito grande. No ano de 2024, o SUP registou 66840 atendimentos (disponível de janeiro a outubro de 2024), o que faz uma média de cerca de 219 atendimentos diários.

O SUP dá resposta a cuidados urgentes e emergentes de todas as áreas médicas e cirúrgicas, sendo por isso umas das razões para tão grande afluência.

Neste serviço, por turno, exercem funções cerca de 10 enfermeiros, que são distribuídos pelas áreas de atendimento: triagem 1, triagem 2, área médica 1, área médica 2, OBS e sala de



tratamentos – nesta última, é frequente ficar o enfermeiro responsável de turno, que assume a responsabilidade de gestão da equipa e recursos, sendo, por isso, um enfermeiro ESIP. No SUP existem 19 EESIP, dos 60 que constituem o serviço.

O Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, que se situa no mesmo piso e gerido pela mesma Enfermeira Gestora, transporta-nos para uma realidade de grande complexidade e exigência, onde a capacidade de gestão emocional é um bem precioso. Este serviço, recebe doentes de todo o país, pois possui técnicas terapêuticas de grande avanço técnico e científico. Os enfermeiros que trabalham neste serviço, lidam com situações de grande complexidade, que decorre da situação de fragilidade dos utentes pediátricos, muitas vezes no limiar da vida e da morte. Estes são capazes de trabalhar com equipamentos altamente sofisticados, que visam oferecer monitorização do doente e opções terapêuticas avançadas (ex. ventilação, óxido nítrico, monitorização invasiva da pressão intracraniana, EEG, terapêutica de substituição renal contínua, ECMO, etc.)

Neste serviço, a minha passagem foi bastante curta, mas muito intensa e marcante numa ótica de aprendizagem e gestão emocional. O contacto com o doente pediátrico em situação crítica, exige um conhecimento fundamentado, atento à realidade e à fragilidade em que a criança/jovem se encontra, mas não se fica pela intervenção técnica. Pelo contrário, exige uma intervenção dos Enfermeiros com uma abordagem holística, em que os próprios enfermeiros necessitam de uma capacidade de gestão interna das situações de fragilidade, para serem capazes de dar suporte emocional à família.

Por fim, o último estágio foi num Serviço de Neonatologia, no período de 28 de novembro a 18 de dezembro. Este período foi intencionalmente mais curto, por trabalhar numa unidade de neonatologia. Este serviço presta assistência a todos os RN que necessitem de cuidados especiais após o nascimento, quer nasça, no hospital em questão, mas também nascidos noutras unidades de saúde e referenciados para este serviço, ou que recorram ao Atendimento Médico Permanente e necessitem de internamento nesta unidade. Por ser a minha área de trabalho, este estágio ajudou maioritariamente a conhecer outra realidade de assistência. Este serviço tem 10 vagas, cujos cuidados podem ser de nível intermédio ou intensivo. Conta com 3 enfermeiros por turno, sendo o responsável de turno um enfermeiro ESIP, que nesta equipa existem 8 enfermeiros com ESIP.



4. Processo de Desenvolvimento de Competências Especializadas

A minha intenção nos diferentes locais de estágio foi demonstrar capacidade na observação e interpretação global do cuidado de enfermagem à criança/família, no seu núcleo familiar e/ou na comunidade, contribuindo com intervenções, baseadas na evidência científica atualizada, adequadas a cada contexto e que possam trazer ganhos em saúde.

Desta forma, adotei uma postura de procura consciente e deliberada de oportunidades de aprendizagem, bem como de oportunidades de demonstrar o meu conhecimento técnico e científico, assente nos valores éticos e deontológicos que definem a profissão, contribuindo para uma prática de cuidados seguros e culturalmente congruentes.

As competências e os objetivos abaixo expostos, foram elaborados com base naquelas que são as competências comuns de Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018, 2018) (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As competências aqui elencadas, foram inicialmente estruturadas no Projeto de Estágio, que foi aprovado pelo Conselho Científico. As competências foram organizadas por domínios, sendo eles: o Domínio da Prestação de Cuidados; o Domínio da Formação; o Domínio da Gestão e o Domínio da Investigação; e o Domínio da Responsabilidade Profissional. De modo a dar resposta às competências, foram definidos objetivos específicos bem como as atividades que permitiram a sua prossecução, apoiada na fundamentação teórica e reflexão crítica.

4.1. Domínio da Prestação de Cuidados

No domínio da Prestação de Cuidados, o EESIP assume um papel fulcral na resposta às necessidades da criança/jovem e família, de forma adequada e ajustada às circunstâncias em que se encontram, ao seu desenvolvimento e respeitando a sua individualidade. O EESIP fundamenta a sua prática baseada na evidência, integrando conhecimentos próprios da área de especialidade, incluindo a família como parceira de cuidados. Ao longo dos estágios, as competências deste domínio foram sendo progressivamente desenvolvidas e aprofundadas de forma consistente, da forma que se apresenta a seguir.



Competência:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Saúde Infantil e Pediatria;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Objetivos:

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/família.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família.

Reflexão Crítica:

A prestação de cuidados junto da criança/jovem e família exige inevitavelmente um conhecimento profundo sobre as situações de saúde e doença que lhes estão acometidas. Além dos conhecimentos específicos sobre a doença, é crucial trabalhar constantemente na organização e planeamento de cuidados de enfermagem. Esta tarefa é tão mais refinada quanto o tempo que se lhe dedica. Daí ser importante estar perante as situações, não só quando acontecem, mas também promover e executar uma reflexão das mesmas. Desta forma, como já é habitual na minha prática profissional, assumo também esta prática nos contextos de estágio, de forma a **pensar e refletir sobre as situações**, de preferência até mesmo discuti-las com colegas/tutores, com o objetivo de que os cuidados sejam potencialmente e gradualmente melhores. Esta reflexão, levando a cabo o processo de enfermagem permite antever situações semelhantes, bem como ajustar os cuidados às circunstâncias.

A criança/jovem e família com doença crónica/complexa necessita, muitas vezes, de intervenções adequadas ao seu estado de saúde e doença, pelo que é fundamental, enquanto profissionais de saúde, **incrementar e atualizar os nossos conhecimentos**, em especial para



estas situações. Desta forma, estaremos aptos e despertos para dar resposta às suas necessidades. A prática baseada na evidência declara-se basilar nos contextos de saúde e, além de praticarmos cuidados mais congruentes e seguros, defendemos a nossa posição de Especialistas, mostrando que o nosso conhecimento é abrangente e especializado. Considero que a aprendizagem contínua define o *core* da nossa especialidade e é por isso tão importante. Nos diferentes contextos de estágio, foi iminente a necessidade de atualização e adequação dos meus conhecimentos e, por isso, **conduzi uma procura constante de conhecimento**. Tirei dúvidas e fiz questão de saber mais sobre situações complexas.

Na UCC, no âmbito das necessidades de saúde especiais, existe uma gama de situações complexas, como crianças/jovens com epilepsia, o autismo, as alergias, a DM1 e algumas situações de crianças/jovens com dispositivos médicos permanentes (algaliação, traqueostomia).

Dentro da equipa de Saúde Escolar, o EESIP é o elemento que detém a responsabilidade das NSE, sendo o mais apto e capaz para dar resposta a estas necessidades, de forma a organizar, juntamente com outros elementos da comunidade escolar, um plano estruturado de intervenção (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). O EESIP necessita de ter um conhecimento abrangente sobre estas situações patológicas e condições associadas, de forma que a sua atuação junto da comunidade escolar seja esclarecedora. O EESIP é um elo de ligação, que está disponível não só por adaptar as condições da escola à criança com patologia, mas também para capacitar a comunidade escolar a acolher estas crianças, com conhecimento sobre a sua doença, de forma a poderem ajudá-la. Criar estas condições, permite que as crianças frequentem a escola potenciando o seu desempenho escolar, tendo em conta a situação clínica da criança e os fatores ambientais, facilitadores e/ou barreiras do contexto escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Mas, além de conhecer estas patologias, o EESIP deve conhecer a criança, a família e as suas condições socioculturais. A sua função de elo de ligação é fundamental para prestar apoio tanto à comunidade escolar, como à família ou a outros serviços de saúde. É também um elo importante para a referenciação de situações que não são da sua responsabilidade, por exemplo,



referenciar ao serviço de psicologia, que foi uma intervenção que tive a oportunidade de identificar e realizar.

Neste âmbito, e integrando as competências acima mencionadas, **elaborei um estudo de caso (APÊNDICE II)**, na área da DM1, para formalizar, consolidar e refletir sobre esta doença num caso real, bem como interpretar a posição do EESIP neste contexto e a sua complexidade. Este estudo de caso permitiu-me aprofundar tanto conhecimentos da fisiopatologia da doença, como também e, sobretudo, as suas particularidades do cuidado de Enfermagem, centrado nas necessidades da criança, no seu contexto familiar e escolar. As dimensões do cuidado centram-se na adaptação da criança a esta realidade que passa a determinar as suas atividades de vida diária, onde a gestão do regime terapêutico, da alimentação e do exercício físico, são os pilares do controlo desta patologia. Realizei um estudo de caso com o objetivo de fazer um investimento profundo nesta área e, com isso retirei aprendizagens sobre a necessidade da individualização dos cuidados de Enfermagem, quer na dimensão técnica da doença, quer no seu impacto emocional, a importância da abordagem multidisciplinar no cuidado à criança com doença crónica e a necessidade de constante atualização de conhecimentos técnicos e científicos, de forma a dar a resposta mais concertada às necessidades da criança e família. Dentro deste trajeto foi da minha responsabilidade organizar as diligências relativamente a capacitação da comunidade escolar, ou seja, realizar as sessões de formação aos funcionários docentes e não docentes da comunidade escolar, providenciando à criança, um ambiente seguro, dentro da escola. Também tive a oportunidade de **participar noutras atividades de capacitação da comunidade escolar**, envolvendo crianças com epilepsia e alergias. Nestas atividades, desenvolvi sessões onde capacitei funcionários docentes e não docentes a atuar em situações de emergência como as crises epiléticas ou reações alérgicas graves, desmitificando mitos e ajudando a criar ambiente seguros e inclusivos para toda a comunidade. Apesar da comunidade escolar ser recetiva à nossa intervenção, surgiram algumas vezes inseguranças por parte desta comunidade. As inseguranças partiam sempre do seu receio de não conseguirem executar certas funções adequadamente (por exemplo, administração de medicação SOS). Apesar do treino com os elementos docentes e não-docentes, sinto que a minha abordagem sobre a importância de “fazer alguma coisa ser melhor do que não fazer nada”, foi o mais importante para dar a entender que estes profissionais são cruciais em caso de risco para a



criança. Após estas sessões de capacitação, o trabalho do EESIP não termina aqui. O EESIP continua ao lado da comunidade escolar, mantendo a disponibilidade para ser solicitada quando existem novas necessidades na comunidade escolar, alterações na doença, no tratamento ou no plano de cuidados da criança, ajudando a esclarecer dúvidas e garantindo que a escola é um lugar seguro para a criança.

No SUP, as condições de complexidade necessitam muitas vezes de respostas rápidas e concertadas. O EESIP, neste contexto, necessita de mobilizar os seus conhecimentos de forma ágil, de forma a diminuir o dano iminente a que a criança possa estar sujeita. Começando pela triagem, que é uma escala para orientação dos cuidados na urgência, o ESSIP tem uma visão clínica aprimorada. Neste contexto é utilizada o sistema de triagem “*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS)*”. Este sistema de triagem pretende definir com precisão as necessidades de cuidados dos doentes pediátricos, de forma que estes sejam o mais oportunos possível, sendo que o objetivo primário da escala está relacionado com o tempo para que o doente seja consultado pelo médico (Direção-Geral da Saúde, 2015b). Por isto, é importante que o enfermeiro de triagem tenha um conhecimento prático e robusto, capaz de identificar corretamente sinais e sintomas nos doentes, bem como de utilizar as orientações e protocolos de triagem. Por esta razão, neste SUP, os enfermeiros que fazem triagem têm de ter, no mínimo, 3 anos de experiência profissional no SUP, de forma que possa desenvolver as competências necessárias, através da experiência profissional e da formação (Beveridge et al., 1998). A Triagem não é, portanto, um processo estático e deve de haver reavaliação de enfermagem, conforme os tempos definidos pelas indicações da implementação da CPTAS (Beveridge et al., 1998; Warren et al., 2008). Esta reavaliação exige que o enfermeiro de triagem tenha um acesso rápido às salas de espera, que neste SUP é um pouco condicionado pela estrutura física. No entanto, os enfermeiros da triagem fazem questão de prestarem atenção a estas salas com alguma regularidade. É certo que esta tarefa implica realmente um olhar clínico muito refinado, bem como um processo reflexivo constante. Durante o estágio, tive a oportunidade de realizar dois turnos na área de triagem, o que me permitiu **fazer o processo de triagem a dezenas de crianças**. Foi uma experiência enriquecedora, na medida em que me permitiu contactar e trabalhar com o sistema de triagem utilizado, aprimorando a minha capacidade de avaliação rápida e tomada de decisão adequada, em tempo útil. Fui sempre acompanhada pela tutora, o



que me deu espaço e segurança para a decisão neste contexto. Esta avaliação rápida e eficaz é essencial no contexto de urgência e, ao realizar estes turnos na triagem percebi a importância da necessidade de enfermeiros com um olhar clínico muito aprimorado.

Além disto, no SUP, seguem-se protocolos de atuação que ajudam a uniformizar os cuidados, bem como prestar uma resposta assertiva em situações de urgência. Estes protocolos são produto final de um robusto conhecimento e procedem para melhor agilizar os cuidados num meio complexo, confuso e de rápida assistência. Consultei estes protocolos com a tutora, na sala de emergência, onde os mesmos existem em suporte digital, para utilizar nas tais situações.

Na neonatologia, o processo de enfermagem é a base para uma prestação de cuidados adequada, mas que vai sofrendo modificações, pelo ajuste conforme a situação clínica da criança. Neste serviço, é também tida em conta a reflexão do plano de cuidados, que é feita em conjunto muitas vezes na passagem de turno, onde as colegas trocam as impressões necessárias a esta adaptação. Também neste serviço há a exigência de conhecimento de várias patologias que, embora não sejam todas resolvidas neste serviço, o mesmo tem uma função primordial de preparar e ajustar a criança para um transporte seguro para hospitais de maior complexidade. Nesta unidade, consegui **prestar cuidados ao RN e família de forma autónoma**, desde a admissão até ao processo de alta do serviço, com a vantagem de ter a base da minha experiência profissional.

De forma geral, sinto que as exigências nos serviços de saúde são tendencialmente maiores, independentemente do contexto em que se inserem. Isto deve-se à tendência crescente de condições de saúde complexas, mas também ao avanço tecnológico e científico, que exige que os Enfermeiros estejam sempre na vanguarda destes avanços, sendo que só assim é possível implementar cuidados de Enfermagem de excelência. Acompanhar estes avanços e adaptar-se a estes desafios, em prol de uma prática fundamentada e consistente de conhecimento, é o que traz maior segurança na hora da prestação de cuidados. Ter este referencial ajudou-me a atingir este objetivo nos diferentes contextos.

Em suma, foi possível desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/família, através da organização dos cuidados, do planeamento dos mesmos e da constante reflexão, bem como desenvolver competências na prestação de cuidados de



enfermagem especializados à criança e família, onde foi fundamental o aprofundamento de conhecimentos atuais e relevantes para a prática de Enfermagem.

Objetivo:

- Desenvolver competências no apoio à transição para a parentalidade.

Reflexão Crítica:

A Parentalidade é um foco de Enfermagem, definido pela CIPE como: *“tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (International Council of Nurses, 2019).

No âmbito das responsabilidades específicas, é escopo de ação do EESIP *“avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar”*, utilizando um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando este binómio como alvo dos seus cuidados (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como constante na vida da criança e, por isso, devem ser encorajadas, apoiadas e respeitadas as potencialidades e competências da família, desenvolvendo uma parceria de cuidados com os pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Assim sendo, o EESIP tem um papel preponderante no processo de transição para a parentalidade, garantindo que os pais/cuidadores assumam eficazmente o seu papel parental, ou seja, que sejam capazes de *“interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção*



do crescimento e desenvolvimento optimos de um filho dependente” (International Council of Nurses, 2019).

É importante reconhecer que tornar-se mãe/pai é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam, pela responsabilidade, mudanças e adaptações que envolve (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

À luz a Teoria das Transições de Alaf Meleis, podemos ver a transição para a parentalidade como uma transição de domínio desenvolvimental, onde há uma passagem de uma realidade conhecida para uma realidade nova e desconhecida, que exige a reestruturação de metas, comportamentos e responsabilidades, para atingir uma nova percepção de si mesmo (Meleis, 2009). A transição para a parentalidade começa antes ou durante a gravidez e estende-se ao longo da vida da criança, sendo um processo dinâmico, que engloba várias dimensões da criança, tendo por base o trajeto de desenvolvimento infantil, que se inicia após o nascimento e termina na vida adulta, caracterizado por marcos físicos do crescimento e pelo cumprimento em cada etapa desenvolvimental. Ou seja, a transição para a parentalidade desenvolve-se à medida que as crianças crescem e que os autoconceitos do pai/mãe são moldados através da interação com os seus filhos, em cada etapa (Hockenberry & Wilson, 2014; Meleis, 2009; P. C. M. M. de Sousa, 2012).

Na área dos CSP, o projeto da Parentalidade é um exemplo do papel dos enfermeiros na contribuição para a esta transição, uma vez que tem início já na gestação e suporta os pais após o nascimento, no desenvolvimento das suas capacidades parentais. Neste sentido, na UCC, consegui **contribuir para este processo de transição para a parentalidade**, participando no Projeto de Parentalidade. Sobretudo nas sessões presenciais, estabeleci uma relação terapêutica com as famílias, o que permitiu que me identificassem como um elemento de apoio para esta fase de vida. As sessões presenciais do projeto, especificamente as de massagem infantil, tinham também um espaço, onde os pais podiam esclarecer dúvidas e partilhar dificuldades, onde juntamente com a enfermeira tutora, eram muitas vezes reforçados ensinamentos e instruídas técnicas (por exemplo: alívio das cólicas, técnicas de estimulação cognitiva, padrão de sono e repouso, amamentação). Além disto, a EESIP realizava também consultas de enfermagem, quer na UCC, quer em contexto domiciliário. A maioria destas consultas era referenciada pela equipa da USF. Neste contexto, pude **contribuir para uma adaptação eficaz ao processo de**



amamentação, onde posso destacar a realização de um domicílio, para apoiar o processo de amamentação, onde tive a necessidade de ensinar e validar o conhecimento sobre a correta adaptação do bebé à mama, o que me fez refletir sobre a importância destes cuidados de proximidade. Neste sentido, ainda é mais importante referir que, além da ajuda técnica, notei que foi realmente importante o apoio emocional nesta mãe, baseado numa injeção de confiança, determinante para o processo de amamentação. Pude assim constatar que as oportunidades como esta (ou mesmo as situações em que as mães se dirigiam à UCC), são mesmo importantes janelas para a intervenção do EESIP, contribuindo não só para promover o aleitamento materno exclusivo, mas também para fortalecer um vínculo mãe-filho saudável. Esta proximidade dos CSP é muito relevante e tem um impacto significativo na vida destas famílias, que sabem onde pedir ajuda, sem terem de recorrer a serviços de urgência por questões que não se justifiquem.

Outro aspeto a destacar é o facto da UCC ter algum material para empréstimo (por exemplo: máquina de extração de leite, almofada de posicionamento) que, embora sejam oferecidos à UCC, permite que em situações de famílias com baixos rendimentos, possa ter-se esta proximidade também no empréstimo de material. Isto permite que as famílias recorram à UCC e assim se abrir uma janela de oportunidade para a EESIP contribuir para a transição para a parentalidade destas famílias, onde o EESIP identifica as necessidades e pode dar uma resposta concertada às dificuldades da família, trabalhando com no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2011). Também ainda na UCC, **realizei uma sessão sobre “Precauções de Segurança no Bebê”** ([APÊNDICE I](#)) dinamizada no Programa de Parentalidade, com o objetivo de promover competências na grávida/ casal/ família para a transição para a parentalidade. Esta temática insere-se numa das áreas de intervenção prioritárias do Plano de Ação Para a Segurança Infantil e a UCC tem uma posição privilegiada para atender esta dimensão (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2017). A realização desta sessão partiu da minha iniciativa de desenvolver competências no âmbito do apoio à transição para a parentalidade, e foi essencial para aquisição de conhecimentos sobre a segurança das crianças e a prevenção de acidentes, mas também no desenvolvimento da minha forma de comunicar sobre temáticas adjacentes aos conhecimentos do EESIP.



Além disto, **estive também presente nas sessões do Projeto “Desenvolver Sorrisos”**, participando nas atividades que estavam previamente delineadas e incentivando e apoiando a participação dos pais. Este projeto tem como objetivo incrementar as capacidades parentais para a satisfação das necessidades desenvolvimentais da criança. Para estas sessões, é utilizado o brincar para estimulação visual, auditiva, tátil e cinética, e por isso, foi importante rever conceitos do desenvolvimento infantil, nomeadamente no que toca ao desenvolvimento físico, sensorial, social e cognitivo (Hockenberry & Wilson, 2014). Nestas sessões, além de conhecer os aspetos do desenvolvimento das crianças (entre 2 e 4 meses), o crucial é **capacitar os pais para que sejam capazes de conhecer e participar ativamente no desenvolvimento** do seu bebé. Com esta participação, consegui aprender sobre a importância de envolver os pais no processo de desenvolvimento do seu bebé, capacitando-os para este processo, através do desenvolvimento sensorial, social e cognitivo do bebé.

A transição para a parentalidade em contexto de hospitalização da criança concerne uma situação de maior complexidade, que causa muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam (Nelas et al., 2015).

Na neonatologia, a transição para a parentalidade assume um papel central nos cuidados de enfermagem. O ambiente da neonatologia é particular, pois associada ao evento da transição para a parentalidade previsto, existem contornos que tornam esta transição mais difícil, devido aos sentimentos de deceção, ao medo sobre a sobrevivência do RN e a alteração das experiências parentais (Meleis, 2009). É importante reconhecer que as primeiras experiências, quando os padrões de relacionamento com o bebé se estão a formar, são cruciais para uma transição positiva para a parentalidade e, consequentemente, para o desenvolvimento da relação com o bebé (Canaval et al., 2007; Meleis, 2009). Dadas as características do cuidado ao RN internado numa neonatologia, este fica imediatamente separado dos pais, com uma conjetura de equipamento e profissionais que, inevitavelmente criam uma barreira, que pode ser prejudicial ao vínculo (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste serviço, mais uma vez com base nos conceitos NIDCAP, fui capaz de **implementar estratégias capazes de fortalecer esta transição**, de forma a dissipar os efeitos negativos do internamento na neonatologia.



Assim, durante a hospitalização do bebé na neonatologia, fui capaz de envolver os pais nos cuidados, respeitando o seu *timing*, com as seguintes estratégias: conhecer a família nos seus valores e dimensões sociais e familiares; ouvir a família; incentivar a permanência na unidade; incentivar, apoiar e negociar a participação nos cuidados ao RN (trocar a fralda, avaliar a temperatura, administração da alimentação, dar banho, vestir); promover a amamentação; incentivar a escrita no caderno do bebé; incentivar o contacto pele-a-pele (método canguru); ensinar sobre os comportamentos do RN; ensinar sobre os padrões de sono e repouso do RN; ensinar sobre o padrão de eliminação do RN; mostrar disponibilidade para questões; mostrar disponibilidade para ligarem para o serviço quando estão ausentes.

O EESIP assume neste sentido uma responsabilidade acrescida de garantir que os pais assumem a parentalidade de forma positiva, promovendo *“a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”* (Regulamento n.o 422/2018, 2018).

No entanto, o que acontece muitas vezes é que esta adaptação ao papel parental não é linear, assumindo contornos específicos mediante a condição da criança. Sousa (2012) refere a importância de perceber o contexto do papel parental, podendo ele ser: papel parental especial - representando a ação parental para satisfazer as necessidades especiais de natureza transitória; ou papel parental complexo - para satisfazer as necessidades especiais de natureza crónica (P. C. M. M. de Sousa, 2012). Conhecer estas dimensões do papel parental, permite-nos olhar para a transição do papel com mais minúcia, que é muitas vezes necessária nos contextos da pediatria. A pesquisa sobre estes conceitos, fez-me poder identificar estas dimensões do papel parental em estágio e, consequentemente, adequar as intervenções de Enfermagem.

No caso do SUP, estamos muitas vezes perante uma transição para o papel parental especial, em que os pais são instruídos a **prestar cuidados aos filhos durante o processo de doença**. É da nossa responsabilidade garantir que os cuidados são executados após a alta do SUP. Neste contexto, tive a oportunidade, sobretudo de ensinar sobre sinais de alerta e instruir sobre administração de terapêutica.



Noutra dimensão, o SMIP depara-se com situações de transição para o parental complexo, onde os pais têm de assumir os **cuidados à criança com doença crónica ou com condições de saúde especiais**. Neste âmbito, é frequente envolver os pais nos cuidados a dispositivos médicos, como por exemplo, traqueostomia. Neste contexto, não tive a oportunidade de realizar este tipo de intervenções, no entanto, foi importante para perceber o papel do EESIP em situações de grande complexidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e discutir com a Enfermeira tutora, no sentido de conhecer de que forma é que o realizam nesta unidade.

Em suma, o processo de transição para a parentalidade é complexo e individual conforme cada família e criança. É, no entanto, um foco da Enfermagem, mas que concede aos EESIP uma maior responsabilidade, devido às suas competências e conhecimentos sobre a criança e família. Pude em relação a este aspeto, trabalhá-lo em todos os contextos de estágio, através do ensino de conhecimentos e instrução de técnicas de cuidar, seja relativamente ao desenvolvimento da criança, como também sobre a situação de doença. Por isso considero que consegui desenvolver e atingir este objetivo.

Objetivo:

- Desenvolver competências no processo de vigilância de saúde de saúde da criança e família nos Cuidados de Saúde Primários

Reflexão crítica:

As Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ) são um contexto de oportunidade e um espaço privilegiado, que visa uma prática sistematizada, cientificamente estruturada, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da criança/jovem, consoante o seu contexto social e familiar (I. Fernandes & Andrade, 2020) As CESIJ inserem-se no PNSIJ, que pretende que as mesmas coincidam em idades-chave, correspondendo às etapas de desenvolvimento da criança/jovem (Direção-Geral da Saúde, 2013). Apesar de serem estabelecidas em idades-chave, não são rígidas e devem ser oportunistas no sentido de se



ajustarem a situações em que a criança possa recorrer aos serviços de saúde por outros motivos (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Nas CESIJ, os enfermeiros recorrem aos fundamentos do PNSIJ para a recolha de dados pertinentes para a elaboração do processo de Enfermagem, face às respostas da criança/jovem e família aos processos de vida (I. Fernandes & Andrade, 2020). As CESIJ devem também ser tidas como oportunidade de prestação de cuidados antecipatórios, com vista à adoção de comportamentos de saúde em função da idade, do desenvolvimento e das condições de saúde da criança/jovem (Direção-Geral da Saúde, 2013). Desta forma, devem ser também coincidentes com o calendário de vacinação, previsto no Programa Nacional de Vacinação (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Durante o meu percurso nos cuidados de saúde primários, **tive a oportunidade de estagiar numa USF, participando nas CESIJ.** Pude constatar que as consultas são essencialmente organizadas coincidindo com a calendarização de vacinação, privilegiando este momento de oportunidade, conforme preconizado. Para a realização destas consultas, consultei o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, juntamente com o “Esquema de apoio à Consulta de Saúde Infantil e Juvenil” disponível no livro “Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem” e a mobilização de conhecimentos anteriores sobre a elaboração da consulta de Enfermagem em CSP, para que me sentisse confortável neste método assistencial. Iniciando por um processo de conhecimento da criança e família, foi possível realizar as consultas com uma avaliação inicial global do estado da criança, ao passo que foi fomentada uma comunicação adaptada a cada criança, podendo estabelecer uma relação de proximidade e confiança. A utilização de recursos como os brinquedos de aprendizagem disponíveis na UCC, permitiram criar um ambiente acolhedor e confortável, enquanto conseguia utilizar esta estratégia para algumas avaliações, tais como a motricidade, linguagem e comportamento.

Assim, tive a oportunidade de **avaliar o desenvolvimento**, tendo por base a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, que está disponível e adaptada à faixa etária no Sistema de Informação em Enfermagem *SClinico*. A par disto, foram **instruídas atividades de promoção do desenvolvimento**, com base na faixa etária da criança.



Além disto, pude **avaliar o crescimento das crianças** usando como referência as curvas de crescimento disponibilizadas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Os comportamentos promotores de saúde foram também um foco essencial nas CESIJ, cuja adequação dos mesmos foi feita com base na história clínica realizada ao longo das consultas. Como referido anteriormente, as CESIJ tendem a ser coincidentes com os momentos de vacinação, pelo que nestas consultas esse momento era reservado para o final da consulta.

No ato de vacinação, esta USF preconiza que seja feito sempre com dois colegas, para que exista uma melhor gestão entre a técnica de administração do injetável e as técnicas não farmacológicas de controlo da dor (aspeto que foi abordado noutro objetivo). Desta forma, tive a oportunidade de **participar no momento da vacinação**, bem como nos ensinamentos sobre a vacinação (cuidados a ter, efeitos adversos) e no incentivo do cumprimento do PNV, completando a minha intervenção com o registo sistematizado das vacinas administradas.

A CESIJ é um momento muito importante para avaliação global da criança/família, onde deve ser tido em conta: a deteção precoce de situações rastreáveis (incluindo perturbações emocionais e de comportamento); a promoção de cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença; a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar (Direção-Geral da Saúde, 2013). Além disto, é importante adequar a CESIJ à faixa etária de cada criança, contribuindo para a adequação dos cuidados determinantes para sua idade e desenvolvimento.

Estas considerações são esferas de ação do EESIP, sendo que é o profissional mais capacitado para assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento e assistir em situações de especial complexidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No entanto, nesta USF não existe nenhum EESIP, sendo todas as consultas realizadas pelo enfermeiro de família atribuído. Este facto, levou-me a uma reflexão sobre este assunto. Por um lado, a gestão de uma USF com os enfermeiros de saúde comunitária tem uma lógica de assistência à família, que é bastante pertinente e do domínio da Saúde Comunitária. Por outro lado, as CESIJ carecem de um olhar especializado de alguém com mestria na assistência à criança, conforme pude consultar no Parecer nº08/2021 da Mesa Do Colégio da Especialidade



de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que refere que *“as competências específicas do EESIP habilitam-no para a vigilância da criança e do jovem”* e que *“a atuação de outros enfermeiros, nesta área específica pode incorrer na situação de usurpação de competências dos Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”* (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2021). No entanto, existe o benefício da USF se localizar no mesmo edifício da UCC, o que permite que os colegas contactem com as EESIP da UCC, que muitas vezes dão apoio na consulta, instruem os colegas ou os pais sobre atitudes de cuidado à criança. Desta forma, as crianças/famílias podem ser encaminhadas para a UCC, onde podem ser organizadas consultas domiciliárias e de apoio com seguimento com uma EESIP.

Em suma, participar nas CESIJ foi uma oportunidade de conhecer o percurso de saúde da criança, onde pude mobilizar bastantes conhecimentos da área do desenvolvimento e crescimento infantil, bem como comportamentos de saúde e prevenção de doença nas crianças. A participação nas consultas permitiu-me também desenvolver habilidades na comunicação com a criança e com a família, já que se trata de um processo dinâmico e fluído de recolha de dados e informações pertinentes para o percurso de saúde. Tendo isto em conta, a participação ativa nestas consultas permitiu-me adquirir competências no processo de vigilância de saúde de saúde da criança e família nos CSP.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito do controlo e gestão a dor da criança;

Reflexão Crítica:

Em junho de 2003, a dor foi considerada o 5º Sinal Vital pela Direção-Geral da Saúde, por ser *“um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”* (Direção-Geral da Saúde, 2003). Além disto, é um foco de enfermagem definido como *“Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido,*



comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (International Council of Nurses, 2019).

A dor, seja aguda ou crónica, é uma condição multifatorial que tem contribuições biológicas, psicológicas e sociais, sendo que o quanto cada domínio contribui para a dor de uma determinada pessoa, varia de uma pessoa para outra e ao longo do tempo (Cardosa et al., 2021). A dor em pediatria é uma questão basilar e transversal na prática dos cuidados à criança e, apesar de já ser estudada há algum tempo, continua a ser uma preocupação atual, daí a pertinência de acompanhar a evidência científica (Direção-Geral da Saúde, 2010) (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No auxílio da intervenção de avaliação da dor, existem vários instrumentos de avaliação, adequados à idade e condição pediátrica. A dor deve, portanto, ser reconhecida, avaliada e gerida com intervenções adequadas à idade da criança/jovem.

Pude constatar que no SUP, todos os instrumentos enumerados nas “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças” encontram-se disponíveis nos sistemas de informação (*JOne*) e são utilizados conforme as indicações, desde a triagem até às salas de observação. O facto do SUP servir crianças de todas as faixas etárias permitiu-me estar em contacto e **utilizar de forma adequada os diferentes instrumentos de avaliação da dor**, mediante a idade e/ou condição da criança. Nota-se que, neste contexto, a dor assume um papel fulcral na prática dos enfermeiros, que se preocupam não só com a sua avaliação, mas também com a sua prevenção e intervenção de estratégias de alívio da dor, sendo que isto se interliga com as competências específicas do EESIP, nomeadamente no domínio da “*gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No SUP, é comum as crianças serem submetidas a processos dolorosos ou desconfortáveis. No entanto, nem sempre é possível realizar uma informação antecipatória à criança, de acordo com a faixa etária, o que por si só, é um obstáculo naquilo que poderia ser melhorado no controlo da dor.

Há que notar que, na criança, existem “*fatores mediadores da experiência de dor que não podem ser modificados, tais como a idade, o sexo, o nível de desenvolvimento, as experiências prévias e o contexto familiar e cultural*” (Direção-Geral da Saúde, 2012). Tendo em consideração que a dor é uma manifestação multidimensional, enquanto profissionais de saúde



devemos ter em conta não só a dor do procedimento em si, mas prestar atenção a todos os aspetos que levam a criança a sentir dor. Isto é, por exemplo, no caso de punções venosas periféricas, sabemos que o procedimento em si é doloroso, mas mais que a dor física, é também importante valorizar os fatores sociais, biológicos, ambientais e psicológicos que estão adjacentes ao processo em si. O mesmo acontece em procedimentos que, em termos físicos podem não ser muito dolorosos, por exemplo, a avaliação de sinais vitais, administração de medicação por câmara expansora ou oxigenoterapia por cânula nasal. Apesar de fisicamente “inocentes”, estes procedimentos podem de facto causar dor à criança. O olhar holístico sobre a criança é aqui, mais presente que nunca, e deve ser personalizado, tendo em conta o seu nível de desenvolvimento face à linguagem, comunicação e pensamento, pois associada à experiência da dor podem estar associados medos e ansiedade, que podem potenciar a dor enquanto fator multidimensional, ou levar a uma incorreta avaliação da dor (Direção-Geral da Saúde, 2010)(Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Desta forma, constatei que é fundamental conhecer a história da dor da criança, pois tem um papel preponderante para reconhecer a individualidade de cada criança e deve ser feita em parceria com os pais/acompanhantes (Direção-Geral da Saúde, 2010). Assim, o acompanhamento das crianças por parte dos pais/cuidadores é importante, não só para nos dar a conhecer a criança, mas também para ser um parceiro na utilização de estratégias não farmacológicas.

De salientar, que tive também oportunidade de assistir crianças com comprometimento cognitivo/ comunicação (que advém de doenças como paralisia cerebral ou doenças do espectro do autismo), onde a avaliação da dor pode ser um desafio (Hockenberry & Wilson, 2014), sobretudo num SUP. Nestes casos, os pais/cuidadores são mesmo o pilar do sucesso terapêutico. Nestes casos, a proposta de avaliação da dor é feita pela FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*) (Direção-Geral da Saúde, 2003). O que senti com a utilização deste método de avaliação é que, embora a escala tenha “espaço” para a identificação de comportamentos individualizados da criança, por vezes parece ainda pouco suficiente para uma classificação exata da dor, sobretudo neste contexto. Mas isto remete-nos, mais uma vez, para a importância da avaliação global da dor, no seu contexto multidimensional e, mais que nunca, valorizar a história da dor e a participação dos pais/cuidadores, estes que são os



principais conhecedores da criança, podem fornecer informações valiosas para complementar a avaliação da dor de forma adequada, bem como a gestão da mesma.

Para minimizar a dor, no SUP, os enfermeiros orientam a sua intervenção no sentido de utilizar, sobretudo, as estratégias não farmacológicas. Nalgumas situações, por exemplo punções lombares, são utilizados determinados fármacos (ex. “*EMLA*®”), o que vai de encontro ao referido nas orientações da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2012). Pude presenciar que nestas situações, é pedido, muitas vezes aos pais/cuidadores que saiam da sala de tratamento para a realização do procedimento. A literatura tem evidenciado que pedir aos pais que saiam, não é aquilo que é melhor para a criança, pois os pais devem acompanhar os filhos e serem incluídos como parceiros de cuidados. Pude discutir este assunto com a minha tutora, levando a debate as necessidades dos profissionais fazerem o seu trabalho, mas incluir os pais, de forma a criar um ambiente mais confortável para a criança.

Pude também perceber que salvo algumas exceções, onde a ansiedade parental pode ser prejudicial ao tratamento, a sua presença deve ser sempre tida em conta e negociada, já que as crianças se sentem mais seguras com os pais junto delas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). No entanto, é responsabilidade dos Enfermeiros ensinar e instruir os pais/cuidadores acerca dos comportamentos verbais e não verbais que otimizam a sua presença durante estes procedimentos, garantindo assim a sua colaboração e parceria (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Pude observar que na USF, o controlo da dor é tido em conta na realização de processos dolorosos, nomeadamente no ato de vacinação. Os enfermeiros da USF evitam realizar este procedimento sozinhos, de forma a culminar várias técnicas de gestão da dor no processo de vacinação. De acordo com o PNV 2020 (Direção-Geral da Saúde, 2020), crianças até aos 10 anos, segundo o cumprimento do plano, são sujeitas a 17 inoculações. Neste sentido, a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, reuniu linhas orientadoras no alívio da dor na vacinação, que se reúnem em 5 domínios de intervenção: além da orientação da técnica de execução, são também elencadas orientações relativamente ao posicionamento da criança, às técnicas psicológicas (por exemplo: distração/ comunicação), farmacológicas e de processo (Abadesso, 2022). O facto deste procedimento ser realizado com dois enfermeiros, permite que os pais/cuidadores fiquem encarregues do posicionamento, por exemplo, enquanto um dos enfermeiros utiliza técnicas de distração e outro realiza a administração da vacina. A adoção



desta estratégia contribui para um ambiente mais confortável para a criança e, por isso, aprendê-la foi importante para a minha aprendizagem. Também nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, que implicavam a vacinação, foi-me dada a oportunidade de participar, pelo que ficava encarregue de **utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor**, utilizando a distração, a sucção não-nutritiva, o cantar e o brincar (ajustando mediante a faixa etária). Esta experiência foi importante para aprofundar e incrementar o meu conhecimento e desinibição sobre as diferentes estratégias de controlo da dor, ajustada a cada criança. Neste contexto, pude perceber que a utilização de anestésicos tópicos até aos 12 anos de idade, que não parece ser uma estratégia utilizada com frequência. Esta estratégia implica um custo maior, no entanto, se não fosse por esse aspeto, era possível de incluir na consulta de Saúde Infantil, uma vez que a vacinação é usualmente um ato planeado e que é intencionalmente alocado à consulta de enfermagem. Pelo período que a criança está na USF, juntamente com a consulta médica, era possível agilizar tempo para a colocação de anestésico local, antes da administração, o que vai de encontro ao que a literatura refere.

Também a amamentação durante o procedimento é uma estratégia mencionada por Abadesso (2022), no entanto, os enfermeiros desta USF revelaram que não se sentiam confortáveis com esta técnica durante o procedimento, incentivando na mesma a sua utilização antes e após. Sob este ponto de vista, tive oportunidade de refletir e, no entendimento, o mais importante é garantir o controlo adequado da dor da criança e que isso também permita que o profissional execute as intervenções com confiança e proficiência, sendo que, segundo a literatura, existem outras técnicas como a contenção e a sucção não nutritiva (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Na área da neonatologia, o conforto do bebé é um dos principais focos de atenção da equipa de enfermagem, devendo ser tido em conta como um dos fatores principais de estabilização hemodinâmica do RN. Nestas unidades, os RN são submetidos a múltiplos procedimentos e intervenções. Por isto mesmo, dada a complexidade e à semelhança de todos os contextos, devem ser tidos em conta os princípios: *“Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável”* e *“As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”* (Carta da Criança Hospitalizada - 5ª Edição, 2017). Nesta população, quanto mais prematuro é o RN, mais imatura é a sua resposta à dor, no entanto, são também mais sensíveis aos efeitos adversos da dor. Além disto, a exposição contínua e repetida a procedimentos



dolorosos tem um impacto negativo não só na sua condição clínica, como também no seu processo de melhoria e nas alterações de desenvolvimento cerebral (Lundqvist et al., 2014; Smith et al., 2011). Estes fatores, levantam uma grande preocupação nos profissionais de saúde destas unidades, culminado num caminho de melhor controlo e resposta do RN, pelo que muita investigação foi feita neste sentido.

Como fruto desta investigação, muitos instrumentos de avaliação da dor foram desenvolvidos para esta população, sendo que na norma portuguesa elaborada pela DGS estão enumeradas as seguintes: EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*); NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*); PIPP (*Premature Infant Pain Profile*); N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*) (Direção-Geral da Saúde, 2010).

O *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), é um modelo de cuidados com uma base teórica e científica robusta e estruturada para a neonatologia, tem por base uma intervenção que tenta minimizar a discrepância entre as expectativas do cérebro imaturo e as experiências dor e *stress* inerentes aos ambientes e procedimentos de cuidados da neonatologia (Butler & Als, 2008). Este modelo implica a observação direta do comportamento de cada RN, servindo o seu comportamento com guia para os profissionais e os pais ajustarem as suas intervenções, potenciando o desenvolvimento saudável do RN. Pude constatar que no serviço de neonatologia, alguns profissionais já a formação FINE 1 (*Family and Infant Neurodevelopmental Education*), sendo elos importantes para a disseminação deste conhecimento dentro da equipa e, consequentemente, potenciadores de melhores cuidados. Com base nos pressupostos do modelo, a dor e o conforto dos RN são tidos em consideração e, sempre que possível, são ajustados conforme a melhor pertinência para o bebé. Pude perceber que em termos de estratégias não farmacológicas, nem sempre a estrutura física permitia uma boa adequação do ambiente, no entanto, havia sempre a intencionalidade respeitar os ciclos de sono do bebé, incentivar o toque e o contacto pele-com-pele, ajustar o ruído e a temperatura. Além disto, também a utilização de gotas de leite materno para sucção não-nutritiva era uma estratégia muito utilizada.

Pude **dar contributos à equipa de enfermagem no âmbito do meu conhecimento**, dada a minha formação FINE 1 e 2 e a minha experiência profissional, promovendo a discussão de situações, com vista no aprimoramento de cuidados, centrados nas dimensões específicas do



recém-nascido no seu desenvolvimento neuro-psico-motor, de forma a perceber e dar resposta às necessidades do RN.

De maneira geral, a dor em pediatria é um assunto de grande relevância para os EESIP e, apesar de existir já muita investigação nesta área, a sua pertinência é iminente em todos os contextos. A idade pediátrica por si só traz consigo grandes desafios no que se refere à dor, mas os estágios permitiram-me aprofundar este conhecimento, mas, sobretudo, ter oportunidades práticas de implementar o conhecimento.

Além disto, as diretrizes adotadas pelo Conselho da Europa, afirmam que as crianças, pela imaturidade, dificuldades na linguagem e na capacidade de comunicação, estão sob maior risco de sofrerem com os potenciais danos ou efeitos adversos inerentes aos sistemas de saúde (Council of Europe, 2011). Neste sentido, os cuidados atraumáticos devem ser privilegiados, que elevam a sua importância para criar uma cultura de redução do *stress* e da dor, e que se baseiam em sete dimensões principais, a notar: (i) evitar a hospitalização e reduzir a sua duração; (ii) informar e preparar a criança e os pais; (iii) encorajar a presença e a participação dos pais nos cuidados; (iv) proporcionar a manutenção dos hábitos de vida; (v) adequar o ambiente aos gostos e necessidades das criança e famílias; (vi) interagir adequadamente com a criança e com os pais; (vii) minimizar o *stress*, o desconforto e a dor (A. Fernandes, 2020).

A minha perceção é que a dor em pediatria envolve todos os conceitos basilares da pediatria, tais como: a relação terapêutica, a comunicação, os conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, sobre a sua história social e cultural e o envolvimento familiar. A dor é, de facto, multidimensional e por isso é uma área de grande exigência. A avaliação correta da dor implica um conhecimento profundo e uma prática que não subvalorize este aspeto. Cuidar em Enfermagem, sobretudo em Enfermagem Especializada exige que a dor assuma um papel central e, o correto olhar sobre ela, demonstra cuidados de Enfermagem de excelência.

Objetivo:

- Promover a parceria de cuidados de enfermagem.

Reflexão Crítica:



Atualmente é impossível dissociar a prática de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica à parceria de cuidados. É competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica utilizar *“um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”* (Regulamento n.º 422/2018, 2018). A Legislação Portuguesa reflete a importância deste modelo, sendo que, segundo o artigo 2º da Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro, *“A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua”* (Lei n.º 106/2009 - Diário da República, 2009). A Carta da Criança Hospitalizada reforça estes conceitos, declarando, entre outras coisas, que *“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”* e que *“Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho”* (Carta da Criança Hospitalizada - 5ª Edição, 2017).

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey é o referencial teórico que orienta para uma prática de Enfermagem centrada na família. Este modelo, preconiza a díade criança/família, respeitando os seus desejos e história, atendendo às suas necessidades. Tudo isto, deixando a criança em controlo e valorizando os pais no seu papel, pois são os elementos que têm a maior responsabilidade de prestar os cuidados à criança (Casey & Mobbs, 1988) (Casey, Partnership nursing influences on involvement of informal carers, 1995). Este modelo assenta nos valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo que os enfermeiros auxiliam com o apoio necessário, os cuidados relacionados com as necessidades de saúde (Monteiro & Cerqueira, 2020)

Na unidade de Neonatologia, os pais são tidos como os principais cuidadores. No entanto, o facto dos pais terem um filho internado numa UCIN, pode trazer consequências negativas para o seu processo de transição para a parentalidade (tema que será abordado mais adiante) (Souza, Araújo, Costa, Carvalho, & Silva, 2009; Cardoso, 2016). Os Enfermeiros são os profissionais que acompanham 24h estes RN e pais e, por isso, os que são mais capazes de facilitar este processo, através do *“estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta*



intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2017). O facto de, muitas vezes, estes RN estarem em condições de grande fragilidade, faz com que exista, por parte dos pais, algum receio em participar nos cuidados, o que pode levar a sentimentos de culpa e impotência, pelo que os enfermeiros têm a responsabilidade de os integrar, criando oportunidades para que os pais possam desenvolver as competências necessárias de modo a satisfazer as necessidades das crianças (Monteiro & Cerqueira, 2020). Na neonatologia, tive bastante autonomia na prestação de cuidados, pelo que consegui cultivar uma cultura de participação dos pais nos cuidados. Quando cuidamos de um RN, seja de termo ou pré-termo, temos a responsabilidade de capacitar a família. Incentivar a sua participação nos cuidados, muitas vezes tem de ser de forma subtil. Inicialmente, nos primeiros contactos com os pais, **instruí de que forma é que poderiam participar**. Isto pode começar simplesmente pelo ensino de como abrir as portas da incubadora e como fazer contenção. Estes pequenos cuidados dão aos pais um sentimento de confiança e de felicidade, sendo o ponto de partida para a participação noutros cuidados, como a mudança da fralda ou o método canguru. Também é importante referir, que neste serviço, **ensinei os pais a avaliarem e entenderem o seu bebé**, utilizando a metodologia NIDCAP, onde sentia que os pais ficavam deslumbrados com as mensagens que o bebé transmitia, sendo que posteriormente eram os próprios a identificar os comportamentos.

O envolvimento dos pais nos cuidados é uma forma de garantia de afeto, segurança e apoio para a criança, o que foi possível verificar no caso do serviço de urgência, em que muitas vezes os pais são os principais apaziguadores da situação de doença, assumindo um papel tranquilizador e acolhedor para a criança que se encontra num local atípico, com movimento constante e assustador.

No SUP, os pais devem ser os prestadores de cuidados, na medida da sua capacidade e, na minha permanência neste serviço, negociava os cuidados com os pais, por exemplo, na administração de medicação (oral e inalatória), após o **ensino e validação destes conhecimentos**, quando era a primeira vez que o faziam.

No entanto, em contextos em que a criança não está hospitalizada, por exemplo, em cuidados de saúde na comunidade (UCC/USF), os pais são tidos como parceiros nos cuidados e na



responsabilização dos cuidados de saúde, pois a pertinência da parceria de cuidados estende-se a todos os contextos. Sobretudo no contexto das NSE, os pais/cuidadores são protagonistas ativos no percurso de saúde dos filhos, bem como na correta adaptação à escola (Direção-Geral da Saúde, 2015a). Neste contexto, na elaboração dos PSI, tive a oportunidade de **negociar os cuidados com os pais**, por exemplo, no que toca a alimentação (por ex.: contagem de hidratos de carbono em crianças com DM1), na responsabilização pela medicação de urgência (local e forma de armazenamento), forma de transporte e horário da criança com dificuldade motora.

Na minha perspetiva, ter este referencial como base da prestação de cuidados é representativo de uma equipa de enfermagem qualificada e, consequentemente da qualidade dos cuidados prestados. Os EESIP assumem a responsabilidade de mobilizar o seu conhecimento especializado e refletir isso nos seus cuidados, mobilizando as suas competências científicas, técnicas e humanas. A parceria de cuidados é pertinente, para procurarmos aprimorar a nossa prática, sobretudo, tendo em conta aquele que é o nosso papel enquanto Enfermeiros e a nossa responsabilidade enquanto Enfermeiros Especialistas, aplicando intervenções que visam a capacitação e participação dos pais, englobando negociação dos cuidados com os mesmos. Nesse sentido, através das intervenções que mencionei nesta reflexão, atingi o objetivo delineado.

Objetivo:

- Desenvolver competências específicas no âmbito da alimentação do recém-nascido pré-termo.

Reflexão Crítica:

A elaboração deste objetivo teve por base a constatação com uma prática de alimentação, diferente da minha experiência profissional.

A maioria dos RNPT atinge a totalidade da alimentação oral às 38 semanas de idade gestacional (IG). No entanto, por apresentarem dificuldade em coordenar a sucção, deglutição e respiração, alguns prematuros necessitam de alimentação prolongada por sonda, além da idade gestacional equivalente ao termo, o que pode levar a deficiências nutricionais e, consequentemente, de



crescimento (Bauer et al., 2009; Bertoncelli et al., 2012; Bingham et al., 2012). É sabido que a estimulação de competência sensoriomotoras, são essenciais para a aquisição das competências de alimentação dos RNPT (Bertoncelli et al., 2012). Esta estimulação sensoriomotora insere-se no modelo de desenvolvimento global do RNPT, que terá impacto, também, nas capacidades de alimentação (Als, 1982; Butler & Als, 2008). Desta forma, é pertinente que aquando da alimentação do RNPT sejam tidas em consideração estas diferenças do desenvolvimento oral do RNPT.

Com base nisto, no serviço de neonatologia, a decisão de quando iniciar alimentação parte da prescrição médica, no entanto, quem conduz realmente o processo de aquisição desta competência, são os Enfermeiros. Com conhecimento e autonomia, os Enfermeiros, observam os sinais de prontidão e capacidade do bebé e adequam as estratégias de alimentação, à sua condição, com vista na aquisição da sua máxima potencialidade. É preciso atender às condições do RNPT para o início da alimentação oral. Ou seja, é determinante perceber se o mesmo apresenta condições como: IG > 33 semanas; estabilidade fisiológica (frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio); coordenação da sucção, deglutição e respiração; aspeto geral (tónus muscular e coloração da pele); e o envolvimento na alimentação (sinais de prontidão – movimentos das extremidades e da cabeça, como levar as mãos ao rosto e à boca, movimentos de sucção e estado de alerta calmo; e sinais de fome – movimentos das extremidades e a cabeça, movimenta as mãos no rosto ou na boca, movimenta o rosto contra a roupa da cama, com movimentos de sucção e estado comportamental de excitação e choro) (Neto, 2014). Assim se apresenta condições, devem ser implementadas as **intervenções de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral** do prematuro que são: posicionar o bebé, alinhado à linha média, com contenção e apoio do maxilar; estimular os reflexos, através do treino de sucção, treino de deglutição, executar técnica de Canguru e colocar o bebé à mama; controlar os níveis de stress, prevenindo o cansaço e mantendo uma observação ativa dos sinais de stress; verificar a temperatura do leite; e controlar o fluxo de leite (Neto, 2014).

As intervenções elencadas acima são, sobretudo para a alimentação com biberão. No entanto, no serviço de neonatologia, era também utilizado o copo de alimentação, pelo que tive a necessidade de incrementar os meus conhecimentos nessa técnica. De qualquer forma, os



princípios referidos acima, têm também, na sua maioria, relevo para a alimentação por copo. A alimentação por copo é uma técnica segura de alimentação de RNPT e um método alternativo de alimentação quando a mãe não está disponível para amamentar o bebé, que potencia uma experiência oral positiva para o bebé, conforme defende a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, sem data, 2023b). Além disso, a OMS/UNICEF refere ainda que os copos ou colheres são preferenciais face aos biberões (World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018). Utilizar o **copo como método de alimentação** foi uma experiência positiva que, embora fosse o meu primeiro contacto com esta técnica, foi de fácil utilização. Isto porque talvez os princípios de segurança e estabilização do RNPT já estejam intrínsecos na minha prática. Nesta técnica é necessário também assegurar um posicionamento alinhado, com o bebé contido, para um melhor conforto do RNPT e diminuição dos fatores de *stress* potenciais.

Também nesta unidade de neonatologia, tive a oportunidade de **assistir aos cuidados da Terapeuta da Fala**, no âmbito de desenvolvimento de competências sensoriomotoras orais do RNPT. Muitas vezes, nesta população, a equipa de enfermagem recorre à ajuda deste grupo profissional, para uma potencialidade da transição para a alimentação oral, otimizando as competências do RN, com o objetivo de diminuir o tempo de internamento, uma vez que muitas vezes, estes bebés estão internados apenas para gano de competências alimentares.

No seguimento da alimentação do RN, o leite materno é o alimento preferencial para satisfazer as necessidades nutricionais. Neste âmbito e, apesar das barreiras que se encontram no serviço de neonatologia pela sua especificidade, pude verificar que este serviço dispõe de várias estratégias para a **promoção do aleitamento materno**, das quais também tive a oportunidade de participar e promover, tais como: providenciar material de extração de leite; promoção do método de canguru; disposição de um espaço para extração de leite materno; incentivo moral ao aleitamento materno; reforço e elogio sobre a extração de leite. Estas estratégias vão de encontro ao preconizado na iniciativa dos Hospitais Amigos do Bebê (World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018).

De salientar que, na neonatologia, o processo de ensino, extração, conservação, preparação e administração de leite materno engloba vários intervenientes, pois além da equipa de enfermagem, também as assistentes operacionais recebem formação nesta área e são



responsáveis pela conservação e preparação do leite materno. E claro, os pais, sobretudo, a mãe, que são o pilar fundamental para que este processo aconteça. No que concerne à enfermagem, a supervisão deste processo, mesmo nas atividades que não são realizadas por nós, é crucial para garantir a implementação das medidas adequadas, conforme preconizado (Moleiro et al., 2004).

Gostaria de salientar que, neste serviço em especial, a promoção do aleitamento materno tem uma importância acrescida pois é um momento valioso para as mães, que referem muitas vezes ser “a única coisa que conseguem fazer” pelo seu bebé. Ora, além dos benefícios fisiológicos conhecidos para o bebé e para as mães, este “trabalho” tem uma componente emocional de grande relevo. É por isso tão importante valorizar, elogiar e criar as condições necessárias para que as mães se sintam apoiadas e confiantes neste ambiente que é muito delicado.

Também me cabe enaltecer que a promoção do aleitamento materno depreende principalmente da vontade da mãe de o fazer. Pelo que, no caso de ser escolha da mãe não amamentar, esta escolha é respeitada e são feitas as adequações a cada situação, promovendo naturalmente a colaboração dos pais no processo de alimentação do RN.

Em síntese, parece-me acertado dizer que neste contexto tive grandes oportunidades de desenvolver competências no âmbito da alimentação do RNPT, pelo que a mobilização de conhecimento para dar respostas concertadas a esta população foi crucial e mandatória, culminando assim na consecução deste objetivo.

Competência:

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objetivo:

- Aprofundar competências sobre técnicas comunicacionais com a criança e família, de forma terapêutica e adequadas à idade, estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis



Reflexão Crítica:

Cada ser existe em interação com os outros, num determinado contexto, numa determinada cultura, o que faz com que a comunicação não seja uma coisa simples. É, de facto, um processo complexo, onde é transmitida e recebida informação, de forma consciente ou inconsciente, pelo comportamento verbal ou não verbal, face a face ou através de meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados (International Council of Nurses, 2019; Phaneuf, 2005).

A comunicação em Enfermagem é um pilar do relacionamento terapêutico, pelo que, a sua maior característica é que a comunicação é virada para a pessoa cuidada (Phaneuf, 2005).

A comunicação em idade pediátrica não difere dos conceitos apresentados, no entanto, é-lhe acrescentada nuances próprias do cuidado pediátrico. Na comunicação com crianças, as componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais significativas (Hockenberry & Wilson, 2014). Compreender as características do estado de desenvolvimento da linguagem e do comportamento, permite uma estrutura que facilita a comunicação com a criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o estágio, nos diferentes contextos, a comunicação com a criança foi um pilar na minha prática e é impossível ser dissociada do cuidado à criança. Na minha perspetiva, tem uma função fulcral, pois o seu sucesso pode ditar o sucesso dos cuidados.

No SUP, dadas as circunstâncias de grande *stress* a comunicação terapêutica por si só pode mesmo ser um dos mais importantes cuidados. Neste serviço, tive a oportunidade de **estabelecer comunicação com crianças de faixas etárias diferentes e suas famílias** e tive sempre a cautela de que esta comunicação fosse feita tendo em conta o nível de desenvolvimento da criança. Isto implica também um cuidado com a aproximação à criança, permitindo primeiro que ela se sinta confortável e depois, baixando-me ao nível dela. Também o uso dos seus brinquedos como ponte é uma estratégia bastante facilitadora da comunicação com a criança. Outras estratégias que utilizei foram o brincar (mesmo quando não havia brinquedos da criança, por exemplo com seringas, luvas em formato de balão), e o desenhar ou pintar o seu desenho animado favorito. No entanto, estas abordagens ocorriam nas salas de observação. Na área da triagem do SUP era mais difícil de as estabelecer, sobretudo em algumas situações em que a criança está claramente desconfortável. A triagem pauta-se por ser



um momento de rápida avaliação, onde a criança chega e é quase de imediato avaliada (por exemplo, oximetria). Nestas situações, as estratégias utilizadas eram a imaginação e o brincar, quando era adequado, mas senti que nesta área do serviço houve várias situações em que estabelecer esta comunicação foi, de facto, difícil.

A literatura evidencia, que as crianças em situações de *stress* têm mais dificuldade em processar informações devido ao seu desenvolvimento cognitivos e às suas habilidades de comunicação verbal (Desai & Pandya, 2013). É importante perceber que as crianças são particularmente vulneráveis, na medida em que estar num hospital significa estar num ambiente muito diferente do habitual e que as crianças possuem poucos mecanismos de enfrentamento para resolver os fatores de stress a que estão sujeitas neste ambiente (Hockenberry & Wilson, 2014). Da mesma forma, a sua reação ao ambiente hospitalar vai ser diferente mediante a sua faixa etária. Perceber isto é crucial e está intimamente ligado ao tipo de comunicação que podemos ter com a criança. Ter esta sensibilidade é que o vai permitir que consigamos estabelecer uma comunicação eficaz com a criança e contribuir para uma melhor adaptação a este ambiente, ao invés do oposto.

O SUP é um serviço bastante movimentado, com vários profissionais de saúde, muito barulhento, com pessoas com roupas “estranhas” e com espaços nem sempre adequados a uma conversa calma. É por isso um serviço repleto de influências externas que podem ser barreiras à comunicação (Desai & Pandya, 2013). É por isso é um dos serviços mais desafiantes para estabelecer uma comunicação com a crianças eficaz, sendo então muito importante manter uma notória reflexão sobre os nossos cuidados neste sentido, sob o risco de negligenciarmos esta comunicação, mantendo ciente que a linguagem utilizada (verbal e não verbal) deve ser precisa, adequada à idade e individualizada de acordo com variáveis étnicas, culturais e outras variáveis distintas (Desai & Pandya, 2013). Neste ambiente, sobretudo com a quantidade de técnicas executadas, é de ter como princípio o ajuste da informação.

Em crianças dentro da faixa etária da primeira infância é preciso ter cuidado com as palavras utilizadas, pois elas interpretam literalmente o que dizemos. Recordo-me bem disto, sobretudo no momento das punções venosas periféricas, em que tive o cuidado de não colocar à vista da criança o objeto (cateter) e de não proferir palavras como “vais ficar com um *furinho* na mão”



ou semelhantes. Ao invés disso, utilizei a distração, o colo dos pais e deixei explorar outros objetos como as seringas.

No contexto de CSP, na UCC, a comunicação com a criança (no contexto escolar, NSE) tem uma maior leveza, pois as circunstâncias e o ambiente onde ocorre esta comunicação é também mais “ligeiro”. Neste contexto, a comunicação com a criança não implicava com a sua saúde e/ou segurança no imediato, servindo mais para conhecer a criança/família, colher dados da história da criança e do seu percurso de saúde, estabelecer um plano de cuidados e esclarecer dúvidas. No entanto, apesar do ambiente ser mais confortável e calmo, as técnicas de comunicação com a criança são ainda fulcrais para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Notei que nas consultas do âmbito das NSE com a criança/família, os **momentos de silêncio** eram importantes, **dando espaço à criança para expressar os seus sentimentos** face à sua situação de doença crónica. Encorajar a criança e sugerir orientações face ao seu regime de tratamento pressupunha que esta consulta fosse também um espaço seguro para que pudesse expressar os seus medos e preocupações.

Em contexto de USF, nas CESIJ, a principal técnica utilizada era a brincadeira, tanto com os brinquedos da criança (por exemplo, pesar o boneco), como com os brinquedos da USF ou alguns instrumentos da sala de consulta. Dar autonomia à criança para realizar certas tarefas, como subir para a balança sozinha, eram importantes para a criança se habituar ao ambiente e ter confiança.

É curioso como a brincadeira assume um papel tão importante na comunicação e relação com a criança, servindo como uma ponte para o enfermeiro chegar até à criança, revelando que a brincadeira é mesmo a *“linguagem universal das crianças”* (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na neonatologia, a comunicação com o RN é essencialmente através do toque e da voz, dando resposta às necessidades que eles manifestam com as suas expressões verbais (choro) e não verbais (fácies e movimento) (Butler & Als, 2008; Ramos et al., 2020).

Ainda no campo da comunicação é importante também refletir sobre a **comunicação com os pais/família**, que atravessa também todos os contextos. Os cuidados centrados na família e a pareceria de cuidados acompanham as bases do cuidado em pediatria e, aqui, o seu contributo é importante e necessário. Na maioria dos casos, a informação obtida sobre as crianças é



proveniente dos pais pelo que o que nos transmitem é muito relevante, na medida que são quem melhor conhece os filhos. Desta forma, com base nos pressupostos da comunicação terapêutica, é importante dar espaço para uma escuta ativa. Não obstante, é também necessário **direcionar o foco da comunicação**, para aquilo que é relevante para o cuidado da criança. Este balanço entre permitir um espaço de partilha aberta e ajustar a conversa ao tema prioritário foi uma dificuldade que enfrentei no SUP, na área da triagem. Por um lado, sentia a necessidade dos pais explicarem com abertura o motivo de ida à urgência, mas por outro, este espaço era muitas vezes permeado por situações adjacentes que não tinham contributo para o bem-estar da criança. Criar um equilíbrio nestas premissas “*é uma das metas mais difíceis da comunicação eficaz*” (Hockenberry & Wilson, 2014).

No âmbito das NSE (Necessidades de Saúde Especiais), foram realizadas consultas de enfermagem na UCC e, nesta dinâmica de atendimento, havia mais tempo disponível para escutar a família e a criança, não necessitando de orientar o discurso dos pais para uma observação objetiva, como acontece no SUP. Apesar de utilizar estratégias de encaminhamento da conversa para as questões que são da pertinência da Enfermagem, não havia tanta necessidade de orientar o discurso dos pais, pois era um contexto que permitia um grande espaço para explorar toda a dinâmica familiar da criança.

Na área da neonatologia, a comunicação com os pais é fundamental, sendo eles os principais comunicadores. Os pais com filhos internados numa neonatologia apresentam necessidades emocionais muito próprias e, por isso, **mantive uma escuta ativa** face às suas preocupações, **fomentado uma relação de ajuda** para, conseqüentemente a ajudar na construção e execução do seu papel parental com eficácia.

Em suma, a comunicação terapêutica com a criança é como uma rampa de lançamento para os procedimentos e tarefas que a procedem (Martinez et al., 2013). Além disso, pude constatar que uma comunicação eficaz com a criança não só tranquiliza a criança, como também os pais, fortalecendo a confiança desses nos cuidados que prestamos. A comunicação, tona-se assim como um fio condutor do cuidar em pediatria, facilitando a relação terapêutica. Ao longo dos estágios, sinto que fui capaz de integrar estes conhecimentos e atitudes face à comunicação com as crianças e família, considerando a comunicação um elemento central na prestação de cuidados de Enfermagem Especializada e, por isso, considero que o objetivo foi atingido.



Competências:

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;

Objetivo:

- Conhecer e acompanhar a gestão de cuidados à criança com doença crónica e/ ou necessidades de saúde especiais e família

Reflexão Crítica:

A doença crónica é uma preocupação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tendo um papel fundamental na resposta às necessidades do doente pediátrico e da sua família, fazendo jus à competência específica “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Atualmente, existe um crescimento exponencial de crianças que vivem com condições crónicas e complexas, devido ao avanço dos cuidados prestados e à inovação científica, que permitem o aumento da viabilidade de RNPT extremos, bem como o prolongamento da vida de crianças com condições que, antes as teriam levado a morte (Hockenberry & Wilson, 2014).

No contexto de SUP, são várias as crianças que recorrem a este serviço, com doenças crónicas (desde patologias cardíacas, renais, gastrointestinais, neurológicas, metabólicas). Neste contexto, a complexidade de cuidados está relacionada não só pelo motivo de admissão, que pode ou não estar relacionado com a doença complexa, mas também com a adaptação deste momento de hospitalização face às necessidades da criança com NSE e família. Perante estas situações, os enfermeiros do SUP tem o cuidado especial de ajustar as condições do serviço face às necessidades destas crianças. Ou seja, o que pude observar foi que tentam sempre alocá-



las a uma cama, numa sala de observação (geralmente destinada a crianças triadas com pulseira amarela), mesmo que não seja esse o local teoricamente definido para o nível de triagem da criança, garantindo onde terão mais privacidade e mais comodidade à criança e família, tornando a passagem por este serviço menos impactante. Este tipo de intervenção tem como objetivo **diminuir o impacto do processo de hospitalização**, assumindo que há grande probabilidade destas crianças terem internamentos/admissões nos serviços de saúde de forma recorrente.

A doença crónica tem um impacto notório no desenvolvimento da criança, que por sua vez, corre maior risco de sofrer problemas comportamentais ou emocionais. A doença crónica tem também impacto na vida económica familiar, que despendem de dias de trabalho e renumeração, bem como sofrem com o impacto e desgaste emocional e físico perante o cuidado do filho (Hockenberry & Wilson, 2014). O EESIP, é responsável por promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e, como tal, a sua intencionalidade terapêutica deve de ir de encontro às necessidades da criança e da família (P. Sousa et al., 2023). Quando os pais estão no exercício do seu papel, de forma eficaz, nesta permanência na urgência, o meu papel foi sobretudo **promover o desempenho do papel parental complexo**, apoiando os pais no desempenho do seu papel neste ambiente menos familiar (P. Sousa et al., 2023).

Já no SMIP, a minha presença foi curta, mas de qualquer forma, dada as circunstâncias aqui encontradas, além de promover o desempenho do papel, muitas vezes a minha intervenção era **reduzir a sobrecarga parental dos pais** (P. Sousa et al., 2023).

Na área da neonatologia, as necessidades especiais são fundamentalmente advindas da prematuridade. É durante a gravidez que os futuros pais tomam consciência da realidade, do enorme ajustamento que os espera, imaginando como será o seu bebé (Brazelton, 2021; Ramos et al., 2020). No entanto, o internamento na neonatologia é um acontecimento crítico, onde há uma “quebra do simbolismo tradicional do nascimento” (Souza, Araújo, Costa, Carvalho, & Silva, 2009; Cardoso, 2016). O RNPT é, portanto, um bebé cuja sua imaturidade neurofisiológica se traduz na sua vulnerabilidade a determinadas doenças e na sua suscetibilidade aos estímulos do ambiente. Desta forma, as necessidades de saúde do RNPT são proporcionais à sua imaturidade/prematuridade. Ou seja, quanto mais prematuro for o bebé,



maiores serão os riscos e as suas necessidades (Ramos et al., 2020). Tendo isto em conta, é determinante preparar os pais de RNPT para que sejam capazes de cuidar do seu bebé, envolvendo-os nos cuidados, como principais cuidadores, no sentido de os capacitar no desempenho do seu papel parental, que se inicia desde a admissão do RN na neonatologia e tem continuidade até ao momento da alta.

O planeamento da alta é um processo complexo, que exige uma abordagem multidisciplinar ao longo do internamento, garantindo que as dificuldades inerentes ao regresso a casa da criança e família serão minimizadas, sendo maximizadas a segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ao saber que o serviço de neonatologia tinha um Projeto para a Alta instituído de forma muito coesa, conhecê-lo e participar nele foi de imediato um dos meus objetivos principais neste contexto, com vista conhecer e compreender as dinâmicas do projeto e, possivelmente, transferir esse conhecimento para o meu contexto de trabalho. Os tramites do Projeto para a Alta serão abordados noutra capítulo, mas é importante referir que apesar de não ter tido oportunidade de acompanhar a consulta de enfermagem domiciliária, **participei ativamente nos processos de acompanhamento da alta**, desde o momento de admissão do RNPT, até à transferência para outro serviço. Esta participação inclui: **envolver os pais nos cuidados diários** e torná-los confiantes no **desempenho do seu papel**, proporcionar espaço para o **esclarecimento de dúvidas**, bem como de **instruir sobre cuidados específicos ao bebé** e capacitar para os desafios em casa. Percebi que a visita domiciliária é de facto um pilar muito importante. Os pais de RNPT passam o seu dia-a-dia num ambiente de alta complexidade e com uma vigilância muito próxima da equipa multidisciplinar. Estes aspetos característicos da neonatologia diferem muito daquela que é a realidade em casa.

Com base no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 83º - Do direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de *“assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”* pelo que nos casos em que não implicam a visita domiciliária na zona de abrangência desta unidade hospitalar, esta continuidade de cuidados deve ser assegurada (Ordem dos Enfermeiros, 2005).



Posto isto, nos casos em que os RNPT não são da área de abrangência do hospital, é importante que os pais saibam que podem contar com esta continuidade de cuidados. Por isso, é realizado neste serviço um contacto com a USF ou UCC correspondente, onde a informação é transmitida de uma forma mais próxima à equipa de enfermagem.

Numa outra dimensão, na Saúde Escolar reflete-se o impacto da doença crónica e emergem as situações de necessidades especiais no âmbito da comunidade. A Saúde Escolar (SE) em Portugal é fruto de um processo longo, com constantes alterações e reformas, que foi acompanhando as mudanças de paradigma da saúde. A SE funde-se também com a reforma dos cuidados de saúde primários, em 2008, onde foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde e onde a responsabilidade desta área foi designada às UCC (Martins & Borges, 2023).

No ano de 2015, o novo PNSE é publicado, com orientações das políticas de saúde nacionais, que visam *“contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens”*, tendo sido estabelecido com base na organização estrutural e funcional dos CSP (Direção-Geral da Saúde, 2015a; Martins & Borges, 2023). A escolaridade obrigatória até aos 18 anos, bem como a premissas da educação inclusiva, preveem que todos os alunos, independentemente da condição pessoal e social, frequentem a escola, sendo que existem cerca de 1 613 419 alunos matriculados em Portugal no ano letivo de 2023/2024, tornando-se o local privilegiado para promover a saúde ao longo desta importante etapa do ciclo de vida, pelo que o PNSE assume um papel relevante no sucesso dos alunos com NSE (Direção-Geral da Saúde, 2015a; Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, 2024; Martins & Borges, 2023). O PNSE apresenta 6 eixos estratégicos, do qual, no âmbito deste objetivo, se destaca o eixo estratégico 3 – Condições de Saúde, que intervém na área das Necessidades de Saúde Especiais. As Necessidades de Saúde especiais, são aquelas que *“resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem”* (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). As equipas de saúde escolar desempenham um papel fulcral naquela que é a colaboração com a equipa multidisciplinar da escola, com os pais/encarregados de educação e os serviços de saúde. Desta



forma, a SE desenvolve uma estratégia de intervenção individualizada e específica para cada aluno identificado.

A identificação de um aluno com NSE, pode ser feita pelos serviços de saúde, pelo hospital, pelo médico assistente, pela família/EE, pela escola ou IPSS, pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce e pelos serviços da comunidade e da rede social (Direção-Geral da Saúde, 2015a; Martins & Borges, 2023; Oliveira et al., 2023).

Na UCC tive a oportunidade de me envolver em muitos dos processos de crianças e jovens com NSE. A perspetiva da EESIP que assumia as crianças e jovens com NSE é que estas estão em crescimento. O que pode significar não só que há uma crescente tendência de diagnóstico de doenças crónicas e/ou cuidados especiais, mas também que existe uma maior disseminação de conhecimento desta área da Saúde Escolar e, portanto, maior referência. Nesta ótica, **tive a oportunidade de acompanhar alguns destes processos**, podendo estar presente desde o momento da referência, na consulta de enfermagem de avaliação (primeiro contacto com a criança/família), na comunicação com a escola, na realização do PSI (Plano de Saúde Individual), na capacitação da comunidade escolar. Esta área suscitou-me particular atenção, pelo que senti a necessidade de conhecer profundamente a mesma, contribuindo não só na participação dos planos que já estavam a ser executados, mas também na **elaboração de um estudo de caso**, onde estive especialmente comprometida a realizar o processo na íntegra, cujas competências adquiridas já foram mencionadas anteriormente e formalmente refletidas no documento em apêndice.

As crianças com NSE identificadas nesta UCC eram, sobretudo, crianças com doença alérgica e DM1, sendo que existiam também crianças com doenças do foro neurológico e motor. Na minha perspetiva, apesar das NSE serem trabalhadas em equipa, o EESIP é o elo central que estabelece a ligação entre todos os intervenientes, o que, com o crescente número de casos com NSE, pode culminar numa sobrecarga para o EESIP, o que exigirá certamente uma reflexão sobre isto e a adoção de mecanismos. Sobretudo no que toca à capacitação da comunidade escolar, exige que o enfermeiro, além das técnicas de comunicação, um arcaboço para lidar com as dificuldades e resistências sentidas pela comunidade escolar, limando estas arestas, com o objetivo primordial de fazer da escola um lugar seguro para a criança/jovem, garantindo as



medidas necessárias para a sua integração. Tive a oportunidade de **realizar várias sessões de capacitação da comunidade escolar**, que se constituiu um desafio, pois exigiu um grande estudo individual para estar à altura das necessidades dos diferentes casos que acompanhei. No entanto, sinto que foi um privilégio no sentido da minha aprendizagem e que consegui dar resposta ao que seria suposto realizar neste contexto.

É importante também garantir que a família se adapta e articula às necessidades da criança e colabora com a restante comunidade educativa e de saúde (Martins & Borges, 2023). O facto de ter realizado o estudo de caso permitiu-me perceber as dificuldades sentidas enquanto Enfermeira, percebendo que existe uma necessidade de conhecimento muito grande. Desde as patologias em si, mas também na abordagem integral para estruturar a atuação de enfermagem em contexto escolar. O gosto por esta área e o empenho demonstrado na aquisição deste objetivo, fez-me, com certeza, mais capaz de dominar esta área e, consequentemente, atingir o objetivo estabelecido.

4.2.Domínio da Formação

No Domínio da Formação, o Enfermeiro Especialista tem a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão, no sentido da melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem. O EESIP, assume um papel fundamental, não só na procura contínua de conhecimento próprio, como na sua disseminação e criação de oportunidades de formação de equipas (Regulamento n.o 140/2019, 2019).

Competência:

- Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;



Objetivo:

- Utilizar métodos de comunicação dos resultados de prática de Enfermagem adequados;
- Participar e divulgar informação científica no VIII Fórum das Especialidades.

Reflexão Crítica:

A comunicação dos resultados da prática em Enfermagem é um pilar para o seguimento dos cuidados. São exemplo, as passagens de turno, onde é realizada a transmissão de informação para a transição de cuidados. Este momento deve ser um momento estruturado, com informações claras e auxilia-se de uma metodologia organizada - metodologia ISBAR (Direção-Geral da Saúde, 2017). Durante os estágios, sobretudo em contexto hospitalar, **pude não só observar que esta metodologia era adotada, como também tive a oportunidade, de ser eu a fazer esta transmissão de informação, segundo o ISBAR.**

A metodologia ISBAR está relacionada com a segurança do doente, na medida em que a sua estrutura permite uma transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida por quem recebe a informação (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De uma forma diferente, os Enfermeiros podem também comunicar resultados do seu processo de investigação, de forma científica, através da forma de artigo científico. Neste âmbito, os resultados transmitidos são fruto de um processo científico rigoroso, que tem em vista a obtenção de resultados pertinentes para a prática de Enfermagem.

Neste sentido, **tive a oportunidade de realizar também uma pesquisa científica**, de forma rigorosa, de forma a responder a uma inquietação, traduzida numa questão de investigação. Esta investigação, transformou-se numa revisão da literatura, que irei partilhar em formato de *comunicação oral* no VIII Fórum das Especialidades.

O Fórum das Especialidades é um evento científico dinamizado pela Escola de Enfermagem – Faculdade Ciências da Saúde e Enfermagem, no âmbito da partilha e divulgação científica dos trabalhos realizados em prol da formação Especializada em Enfermagem.



Esta revisão da literatura, surgiu sobre temática do meu interesse pessoal, com o propósito final de disseminação das conclusões extraídas deste percurso metodológico e científico ([APÊNDICE III](#)).

Competências:

- Promover formação em serviço;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da identificação de oportunidades de melhoria

Reflexão Crítica:

Durante o meu percurso nos diferentes contextos de estágio, tive sempre a tendência de fazer uma meta-observação, que me permitisse ter uma visão ampla dos mesmos, podendo com isso trazer e identificar oportunidades de melhoria. Desta forma, mostrei em todos os contextos **disponibilidade para realizar formação em serviço**, após observar as necessidades formativas em cada local.

O EESIP “*alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação*” (Regulamento n.o 422/2018, 2018), neste sentido, o EESIP age como um facilitador de aprendizagem, pelo que seria uma mais valia ter tido a oportunidade de realizar formação a pares.

No entanto, resgatando a minha prestação no estágio precedente, pude fazer um paralelismo sobre os métodos utilizados na formação em serviço feita nos contextos. Como mencionei no Capítulo 2 – Competências Previamente Adquiridas, tive a oportunidade de participar no “*Journal Club*”, onde a partilha de conhecimento é feita de uma forma mais transversal, dando



espaço sobretudo, à reflexão e partilha conjunta com todos os elementos da equipa, destacando-se dos métodos tradicionais de formação a pares. Esta metodologia foi a uma aprendizagem que me trouxe uma visão diferente e que seria interessante implementar.

Noutra perspetiva, transversalmente nos diferentes serviços, procurei **conhecer e compreender o papel do EESIP no âmbito da formação em serviço**, uma vez que o Enfermeiro Especialista tem um papel determinante no desenvolvimento de práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Além disto, a carreira de Enfermagem ainda refere que o Enfermeiro deve “*desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna*” (Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro, 2009).

Em todos os serviços, fiz questão de **perceber de que forma são identificadas as necessidades de formação**, que usualmente são feitas no início de cada ano, de forma a planear as ações de formação.

Tanto no SUP como na Neonatologia, havia um EESIP que era responsável pelo plano de formação do respetivo serviço. Já na UCC, o plano de formação, era realizado por um grupo de formação que tinha enfermeiros especialistas de várias áreas.

Entender de que forma é que os planos de formação são realizados e poder observar que o EESIP, integra sempre este domínio, permite-me concluir a importância do domínio de competências de formação que o EESIP deve possuir, bem como a forma como é destacado na equipa para assumir estas funções.

4.3.Domínio da Gestão

No Domínio da Gestão, o Enfermeiro Especialista assume a responsabilidade de organizar, gerir e supervisionar os cuidados de Enfermagem, adotando uma dinâmica de liderança, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento n.º 422/2018, 2018). É por isso, importante desenvolver competências no âmbito da gestão de recursos físicos, materiais e humanos, na gestão dos cuidados de Enfermagem. As competências inerentes a este domínio estão abaixo definidas e refletidas.



Competências:

- Gerir os cuidados de enfermagem;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados
- Exercer supervisão do exercício profissional;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

Objetivo:

- Desenvolver capacidades na área da gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança e família.

Reflexão Crítica:

A gestão é o processo de “*coordenar as atividades (...) através do planeamento, organização, direção e controlo dos recursos organizacionais, de forma a atingir, de forma eficaz e eficiente, os objetivos estabelecidos*” (Parreira et al., 2022). O REPE refere que os enfermeiros contribuem na área da gestão, para melhoria dos cuidados prestados (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)).

Segundo as competências comuns, “*O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019), pelo que a superação deste objetivo é determinante para aquisição de competências enquanto aluna de especialidade.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem remetem para a importância dos EESIP darem apoio à gestão dos cuidados a partir do enquadramento conceptual vigente na área de especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2011).

Durante a permanência nos serviços, e mesmo na minha prática profissional, é frequente a necessidade de gestão durante os cuidados. No entanto, destas minhas experiências, nota-se o relevo que as funções de gestão manifestam face aos enfermeiros que assumem chefia de



equipa, que são, na sua maioria, EESIP. Esta gestão passa pela gestão de recursos humanos (seja na equipa de enfermagem ou noutras equipas de profissionais), mas também pela gestão de recursos materiais (material clínico, medicação, etc.), pela gestão de recursos físicos (gestão de vagas) e, pela própria gestão dos cuidados de enfermagem.

Nalguns contextos de estágio constatei que é o EESIP, que assume as funções de chefe de equipa, é responsável por fazer o plano de trabalho que, por exemplo, no SUP corresponde a fazer a distribuição dos enfermeiros a cada posto de trabalho, tendo por base o seu nível de *expertise*. Por sua vez, na neonatologia, a distribuição era feita baseando-se no rácio de doentes e o nível de complexidade. Assim, pude **participar nas tomadas de decisão de gestão de Enfermagem**, que foi uma atividade transversal em todos os contextos, na medida em que as tutoras me envolviam na decisão, pedindo o meu parecer e fazendo uma reflexão conjunta quando isso era possível. Isto permitiu-me desenvolver o meu processo de raciocínio e adequação de prioridades, face à gestão das situações. Neste sentido, é pertinente também abordar a questão da liderança, que embora seja muito adereçado aos enfermeiros gestores, considero um traço bastante importante nos chefes de equipa. A liderança é também uma ferramenta fundamental à gestão e tem um impacto significativo no ambiente de trabalho (A. D. Moura et al., 2017). Observar os EESIP em posições de chefia de turno/equipa é questão para refletir sobre o seu impacto na equipa. É importante olhar para estes elementos como um pilar, que está desperto para as necessidades da equipa e tem capacidade para tomar decisões.

Estas características de liderança são identificadas por Moura et. al (2013), assim como ser capaz de trabalhar em equipa, ser capaz de estabelecer canais abertos de comunicação, desenvolver processos participativos de gestão e ter uma atitude de imparcialidade e justiça (G. M. S. S. D. Moura et al., 2013).

Com estas observações e conceitos adquiridos, no campo de ação de estudante de Especialidade, demonstrei **uma postura que enfatizasse a minha consciência crítica face à gestão dos cuidados**, dos materiais e de recursos humanos, de forma a trabalhar estas competências.



Objetivo:

- Colaborar no Processo de Integração de novos profissionais.

Reflexão Crítica:

No sentido da integração de novos profissionais, tive a oportunidade, na UCC de **conhecer e apoiar o processo de integração de estudantes de enfermagem** no respetivo serviço. Esta experiência revelou-se muito importante no meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista, uma vez que se insere dentro do domínio da supervisão clínica, que é uma área que pode ser do escopo do Enfermeiro Especialista.

Além disto, pude também **desenvolver e supervisionar os estudantes de enfermagem** na dinamização da Semana Mundial do Aleitamento Materno, através da elaboração de um cartaz sobre o Apoio à Amamentação nas UCC da ULS desta área geográfica, permitindo, mais uma vez, a supervisão de estudantes, onde pude também trabalhar competências de liderança deste grupo.

A supervisão clínica é definida como *“um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”* (Diário da República, 2018). Neste sentido, **apoiei na estruturação da aprendizagem e na construção de conhecimento** dos estudantes de enfermagem, trabalhando simultaneamente competências de gestão e de liderança.

Com base nestas experiências, esta vertente desafiou-me e fez-me crescer profissionalmente, despertando também interesse face à contribuição para a formação e desenvolvimento de futuros profissionais de Enfermagem.

Confio que estas experiências contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, tornando-me mais capaz de gerir recursos humanos, liderar equipas e, consequentemente, prestar melhores cuidados.



Competências:

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados;

Objetivo:

- Conhecer, integrar a equipa multidisciplinar, a dinâmica organizacional do serviço e a metodologia de trabalho, de forma adequada.

Reflexão Crítica:

Similarmente em todos os contextos de estágio, o primeiro dia de apresentação no contexto foi direcionado para o conhecimento integral da estrutura física do serviço, bem como da disposição de materiais e apresentação global da equipa de Enfermagem e equipas multidisciplinares. A minha integração nos serviços foi gradual, à medida que a minha presença era reconhecida pelos pares e pelas outras categorias profissionais. Foi desde cedo **estabelecida uma relação de trabalho ajustada à posição de estudante**, sobretudo com a equipa de enfermagem, que noto ter sido positiva.

Na UCC, tendo em conta que a equipa é substancialmente mais pequena comparando com outros contextos, foi mais fácil esta adaptação à equipa, que me acolheu de forma muito próxima. Na UCC tive a oportunidade de conhecer também a estrutura física das unidades adjacentes (outra UCC e duas USF). Além disto, foi-me entregue o manual de acolhimento e integração, que ajudou bastante a conhecer a UCC – a sua missão, visão e valores; a área de intervenção; a organização estrutural; a carteira de serviços; e organigrama.

No SUP, os primeiros turnos foram cruciais para o conhecimento do percurso da criança e família, que é, conforme referido anteriormente, distribuído pelo grau de prioridade estabelecido pela *CPTAS*. Conhecer toda a equipa do SUP é muito difícil, pela quantidade e rotatividade elevadas de profissionais, no entanto, sinto que estabeleci uma boa relação com os membros da equipa que estavam mais vezes presentes nos turnos que fazia com a minha tutora.



No SMIP, o meu percurso foi muito curto, mas como o espaço físico é relativamente pequeno e amplo, foi fácil perceber a organização estrutural do mesmo. Nos poucos turnos que realizei neste contexto, sinto que estabeleci uma boa relação com a equipa.

Na Neonatologia, como a equipa é pequena, tive a oportunidade de conhecer bastantes elementos, tanto da equipa de enfermagem, como dos restantes grupos profissionais, o que tornou o ambiente mais afável.

A integração nos contextos foi crucial para o desenvolvimento de competências, sobretudo no que concerne às competências de especialista, que merecem o seu destaque pela responsabilidade acrescida que acarretam. Desta forma, a integração é decisiva no sucesso e adaptação e, permite “*o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional*”(Flores et al., 2021). O processo de integração deve proporcionar uma adaptação adequada, que se irá refletir no desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Na perspetiva de estudante de mestrado, esta integração é também vantajosa no sentido de prossecução dos meus objetivos, uma vez que a equipas reconheceram a minha presença e se mostram disponíveis para me apresentar a várias oportunidades de aprendizagem.

A metodologia de trabalho em cada um dos contextos assume contornos muito especiais, sendo que este também foi um fator a que me tive de adaptar.

Os métodos de trabalho podem ser divididos em dois grupos: o primeiro está centrado na tarefa, chamado método de trabalho funcional; e o segundo é centrado no doente, onde existem as abordagens individual, em equipa e de enfermeiro de referência (Almeida Ventura-Silva et al., 2021; Parreira et al., 2022).

No âmbito da UCC, o trabalho na SE assumia duas vertentes: por um lado, era partilhado com a restante equipa da SE (duas enfermeiras da especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública), sendo definido como, método de trabalho em equipa (Parreira et al., 2022); por outro lado, nas NSE, a EESIP assumia o método de enfermeira de referência, que apesar de não estar diretamente ligado ao meio hospitalar, é o que melhor se ajusta a este tipo de método de trabalho, em que a EESI fica responsável pelos casos, gerindo as decisões clínicas face aos cuidados e os recursos organizacionais (Parreira et al., 2022).



A EESIP da área da parentalidade também assumia diferentes métodos de trabalho: no projeto da parentalidade, como era partilhado com duas colegas da especialidade da Saúde Materna e Obstetrícia, era utilizado um método de trabalho em equipa; no NACJR, como era partilhado com a equipa multidisciplinar, era também utilizado um método de trabalho em equipa mas, nalguns casos, assumia o papel de enfermeira de referência; no projeto de desenvolvimento infantil e no Projeto da visão, tinha um carácter individual de trabalho.

Tanto na Neonatologia como no SMIP, era utilizado o método de trabalho individual.

No SUP, o método de trabalho depende conforme a área física em que o enfermeiro está a prestar cuidados. Se nos posicionarmos em certas áreas, como a sala de OBS e a sala de tratamento 2, poderíamos assumir que o método aqui utilizado é um método individual. Se nos posicionarmos na sala de tratamento 1, poderíamos assumir o método à tarefa. No entanto, ao analisarmos conceptualmente os modelos e fizermos uma meta observação do SUP, o método é focado no utente, ou seja, nunca poderia ser à tarefa. Desta forma, faz-me sentido assumir que o trabalho na urgência é realizado segundo o método de trabalho em equipa, onde existe um enfermeiro responsável que orienta e coordena a equipa, maximizando as capacidades do grupo e competências individuais (Parreira et al., 2022).

É importante referir que os Padrões de Qualidade remetem para a importância de utilizar o método de trabalho por enfermeiro de referência, como um método imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2011), no entanto, apesar das grandes vantagens que este método de trabalho tem (Parreira et al., 2022), nem todos os locais estão ainda sob este método de trabalho.

Em suma, penso que **perceber os métodos de trabalho em enfermagem** permitiu-me não só fazer uma boa integração na equipa, mas também explorar e demonstrar a minha adaptação aos diferentes contextos de estágio.



Objetivo:

- Conhecer e discutir criticamente sobre os projetos de Intervenção dos serviços.

Reflexão Crítica:

Num sentido de conhecer o produto da intervenção das equipas por onde passei, foi também importante **conhecer os seus projetos**.

Na UCC, o Programa Parentalidade é realizado pela EESIP e por duas colegas EESMO. O Programa é destinado a todas as grávidas/puérpera/casal/família/acompanhante, que estejam inscritas unidades de saúde e/ou residentes na área de abrangência da UCC. Inicia-se cerca das 28 semanas de gestação e tem continuidade até cerca dos 6 meses de vida do bebé. O programa é realizado numa modalidade on-line e presencial, conforme os conteúdos teóricos ou práticos de cada sessão, às terças ou quintas-feiras. Este programa assenta os seus conteúdos na preparação para o parto, no apoio à amamentação, na recuperação pós-parto e na massagem infantil. Este programa incorpora também outros profissionais da equipa multidisciplinar, tais como: médica dentista, nutricionista e psicóloga. Dentro deste programa, a EESIP colabora nas seguintes temáticas: cuidados de higiene ao RN; cuidados de conforto ao RN; regresso a casa do RN; precauções de segurança no bebé; o sono do bebé; primeiros socorros; introdução alimentar; massagem ao bebé. Estas temáticas assentam na capacitação de competências parentais e, portanto, convergem nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2011).

Além deste Programa Parentalidade, a EESIP é responsável também pelo Projeto Desenvolver Sorrisos, assente no desenvolvimento infantil e que tem como objetivo desenvolver capacidades parentais para a interpretação e satisfação das necessidades desenvolvimentais dos filhos, bem como dinamizar e promover envolvimento familiar com as crianças, melhorando a adaptação da família ao desenvolvimento infantil. O projeto destina-se a crianças entre os 2 e 4 meses de idade e utiliza como ferramenta principal o recurso a jogos adaptados à faixa etária, como forma de estímulo desenvolvimental. Sabe-se que “brincar é o *trabalho* da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014) e não é por acaso. A brincadeira tem um papel fundamental na construção e desenvolvimento de habilidades nas crianças, permitindo-lhes conhecer e adaptar-



se ao mundo. A brincadeira estimula funções do desenvolvimento sensório-motor, do desenvolvimento intelectual, da criatividade, da autopercepção e tem valor terapêutico e moral (Hockenberry & Wilson, 2014). Como este projeto está a ser implementado dos 2 aos 4 meses, a brincadeira utilizada tem em conta as capacidades e habilidades desta faixa etária.

Ainda na UCC, **tive a oportunidade de ver a organização e conhecer o Projeto de Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI)**, que era da responsabilidade da minha enfermeira tutora. O RSVI é uma medida de saúde pública, que permite detetar atempadamente problemas de visão em crianças sem sinais ou sintomas (Direção-Geral da Saúde, 2018; Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio de Base Populacional, 2024). Em crianças muito pequenas, podem surgir alterações da visão, em que elas podem não se aperceber ou conseguir comunicar estas alterações. Desta forma, através desta medida, é possível detetar precocemente e assim, encaminhar para o respetivo tratamento. Este rastreio é feito, no primeiro nível de ação, em cuidados de saúde primários a crianças com os seguintes critérios: com dois anos de idade OU com quatro anos de idade no semestre de avaliação. Mediante os resultados dos testes, poderão ser encaminhadas para o contexto hospitalar, mas encaminhamento da situação.

Na neonatologia, como era meu objetivo principal, consegui **inteirar-me sobre o Projeto da Alta**, que é bastante estruturado e fruto de trabalho há muitos anos. Este projeto era coordenado pela minha enfermeira tutora, o que foi uma mais-valia para o conhecer com proximidade. Este projeto surgiu pela necessidade de acompanhar os RN que tinham alta da neonatologia, sendo que as famílias requerem grandes necessidade após a alta. Desta forma, os bebés que sejam da área geográfica do Hospital em questão, recebem uma visita de enfermagem pós-alta. Além disto, após esta visita, se houver necessidade de continuidade de cuidados, os mesmos são referenciados à UCC/USF a que pertencem. Os bebés que não pertençam à área geográfica, são na mesma reencaminhados para as UCC/USF, onde o serviço de neonatologia faz questão de contactar via e-mail para uma transição de cuidados mais uniforme.

Conhecer os projetos dos diferentes contextos de estágio é, indiretamente conhecer o estado da arte e a sua aplicação no contexto prático, pelos colegas peritos nas áreas determinantes e perceber de que forma é que tudo se alinha é pertinente para o meu desenvolvimento profissional. Dado o meu nível de conhecimento e integração nos projetos dos serviços,



considero que este objetivo foi atingido, pois consegui, ambientar-me e sobretudo, ter uma participação ativa nos mesmos.

4.4. Domínio da Investigação

No Domínio da Investigação, a prática baseada na evidência tem de ser basilar para o Enfermeiro Especialista, como elemento da equipa com conhecimento avançado. É nesta base que o Enfermeiro Especialista deve também basear a sua prática, contribuindo para a evolução, aprimoramento e qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Competências:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço;

Objetivo:

- Desenvolver competências na busca da evidência científica de modo a nortear os cuidados de enfermagem;
- Comunicar de forma adequada e fundamentada o raciocínio clínico.

Reflexão Crítica:

A Prática Baseada em Evidência, mais recentemente adequado o termo à Enfermagem como Enfermagem Baseada na Evidencia, é um processo pelo qual os enfermeiros tomam decisões clínicas usando as melhores evidências científicas disponíveis, a sua experiência clínica, a opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis (Thompson, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2006; Néné & Sequeira, 2022).



A investigação em Enfermagem é central para a sua prática clínica, mas também para a sua afirmação e reconhecimento social (Néné & Sequeira, 2022). Existe um crescimento da investigação em Enfermagem, o que corrobora com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que refere que “*Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem*” e “*contribuem, no exercício da sua actividade na área de (...) investigação*” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)). A responsabilidade dos Enfermeiros, no que implica a prestação de cuidados, é também um motor impulsionador para a investigação científica, na medida em que os cuidados são cada vez mais exigentes e complexos e existe a necessidade de lhes dar a resposta mais adequada. A difusão dos resultados da investigação é da responsabilidade do investigador e permitem que haja avanço no conhecimento da disciplina e na prática profissional (Néné & Sequeira, 2022). Desta forma, cabe ao enfermeiro a produção e disseminação do conhecimento científico atualizado.

Esta responsabilidade torna-se ainda mais evidente para o Enfermeiro Especialista, que deve ser um elemento facilitador da reprodução da evidência científica para a prática (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Com base nestes conceitos e fruto da minha curiosidade, durante os diferentes contextos de estágio **fui coerente neste processo de basear a prática na evidência**, procurando os melhores resultados bibliográficos para adequar os cuidados de enfermagem. Deste modo, pude **consultar as fontes das entidades reguladoras da profissão e da saúde**, a nível nacional e internacional, bem como **foram utilizadas as bases de dados científicas** para congregar o conhecimento.

Estas atividades alicerçaram não só a minha prática, de forma a manter o conhecimento atualizado, como também basearam os processos metodológicos para a realização de outros trabalhos, onde **pude comunicar os resultados obtidos da pesquisa científica**. No caso da Formação a Pares, foi importante recorrer a entidades reguladoras, bem como ao conhecimento científico da enfermagem para fundamentar os conhecimentos, de forma a entregar informação correta e atual aos pais. Também no estudo de caso, houve a necessidade de mobilizar informações, precedentes de documentos oficiais das entidades reguladoras da saúde, bem como outras de cariz científico e técnico, ligada à doença crónica e à DM1. Quanto à revisão



da literatura, pelo seu cariz, obrigou a uma pesquisa muito rigorosa, com critérios intencionalmente selecionados, para aquisição de conhecimentos confiáveis.

Ou seja, a procura de evidência científica, serve para nortear os cuidados, mas é muito importante a comunicação e disseminação dos mesmos, para o desenvolvimento da profissão e dos cuidados.

Em suma, a Prática baseada na Evidência integra a melhor evidência científica disponível, mas para que tenha um impacto real na prática, é necessário que seja comunicada de forma clara e acessível. Daí a construção de elementos que agregam os resultados da pesquisa, como os que mencionei anteriormente.

Tendo em conta que estas atividades acompanharam sempre a minha prática nos estágios, assumo que o objetivo foi concretizado.

4.5.Domínio da Responsabilidade Profissional

Competências:

- Gerir de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

Objetivos:

- Demonstrar competências de responsabilidade;
- Tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas.
- Promover o autodesenvolvimento profissional e pessoal

Reflexão Crítica:

Fez-me sentido organizar um domínio que representasse somente a responsabilidade profissional, sendo que vejo estas competências como basilares e potenciadoras de todas as que são previstas adquirir através dos estágios. Os aspetos de responsabilidade profissional refletem uma atitude comprometida com a profissão e com o Mestrado, sendo, no meu entendimento, a



primeira peça que permite contruir a fundação de um EESIP. A base legal da prática de Enfermagem, necessária e imposta desde a licenciatura, afirma que: “*No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética*” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)), pelo que, a responsabilidade profissional é um comprometimento que está intrínseco à minha prática e que me parece refletir também uma postura de interesse sobre a aprendizagem.

Assim sendo, nos diferentes contextos, os turnos realizados foram previamente acordados com as diferentes tutoras e validadas pela orientação do mestrado. Os turnos realizados foram cuidadosamente selecionados, com vista à **adequação de um aproveitamento de oportunidades de aprendizagem** face às características dos serviços em causa.

Da mesma forma, **procurei ter uma postura proativa**, na busca de oportunidades de aprendizagem, de forma a conseguir ficar imersa no contexto, procurando absorver o que cada serviço tem para oferecer. Penso que deixei esse aspeto espelhado nos contextos de estágio, **reconhecendo que me mostrei sempre disponível para aprender**, com qualquer colega, tive iniciativa para estar presente em oportunidades de aprendizagem e, além disso, disponibilidade para ajudar a equipa. Esta atitude permitiu-me também ter a sensibilidade a abertura para refletir sobre a prática, discutindo assuntos pertinentes dos cuidados. Todas as tutoras dos diferentes contextos tiveram um papel muito importante nestas reflexões da prática, tendo dado espaço para que eu fosse à procura de evidência e corroboração com as práticas realizadas nos contextos.

Considero a reflexão crítica uma atividade que auxilia os cuidados. Pensar e refletir sobre os cuidados, sobre as questões que nos surgem e sobre as nossas dificuldades, leva-nos a uma procura de respostas que orientam a nossa prática de forma fundamentada. A prática reflexiva em enfermagem é um instrumento de aprendizagem que visa o desenvolvimento de profissionais autoconscientes, autónomos e críticos. Isto, por sua vez, contribui para uma melhor prestação de cuidados, uma vez que aproxima a teoria à prática, expandindo, simultaneamente, o corpo de conhecimento da disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016).

Neste seguimento, as reflexões passaram para o papel e, de forma criteriosa e rigorosa, culminaram no processo de elaboração deste relatório, que retrata o caminho reflexivo



realizado, demonstrando as questões levantadas e elaboradas nos diferentes contextos, que contribuíram para a aquisição desta competência.

Numa outra dimensão, mas como consequência das mencionadas anteriormente, sempre tive **um papel de procura autónoma do meu desenvolvimento**, seja através de explorar as oportunidades dos estágios, como da procura de evidência atual e pertinente.

Também **tive a oportunidade de assistir a uma formação em serviço realizada aos Enfermeiros da SE** realizada pela Psicóloga da UCC. A formação teve como objetivo desenvolver competências sobre como abordar a temática “Sentimentos e Emoções em crianças em idade escolar”. Nesta sessão, os formandos foram colocados na posição de alunos, de forma a perceber a interação que os jogos educativos se realizariam em contexto de sala de aula.

De forma geral, o domínio da Responsabilidade Profissional, contribui para um melhor desenvolvimento profissional que, na minha opinião, não pode ser desassociado do crescimento pessoal, pelo que a passagem por todas estas experiências de estágios, me enriqueceram tanto a nível profissional, como pessoal.

Com isto, sinto que estas competências foram realmente aprimoradas, tornando-me uma melhor profissional.



5. Implicações para a Prática

O caminho percorrido em prol do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria aliado à enorme vontade de aprofundar os meus conhecimentos, culminaram numa importante transformação profissional, que me dotou de competências que são cruciais para uma Enfermagem avançada e especializada.

A passagem por diferentes contextos de estágio, permitiu-me experienciar uma ampla gama de situações e aprendizagens que me enriqueceram e abriram o meu espectro de atenção.

Começando pela UCC, que foi uma grande surpresa pela realidade tão díspar do ambiente hospitalar e onde, confesso, não imaginava a sua dimensão e sobretudo, a sua potencialidade. Perceber o papel da EESIP neste contexto desenvolveu em mim um gosto muito especial pelos cuidados na comunidade, mas sobretudo no que se relaciona com as NSE, onde fiquei realmente fascinada com esta área assistencial. Passar por este contexto fez-me admirar o trabalho feito nesta área, fruto da intervenção dos enfermeiros, com total autonomia e perceber o impacto que os cuidados na comunidade, com proximidade, pode ter na vida e na saúde das populações. Além disto, conhecer desta forma a UCC permitiu-me também ser capaz de referenciar estes cuidados na minha prática (neonatologia) e informar sobre a sua existência.

Num oposto, o SUP trouxe-me competências a nível de gestão de prioridades e processamento de informação relevante, onde o EESIP assume responsabilidades de gestão de situações, de equipa e de cuidados, extremamente desafiantes e que implica ter uma destreza e um *know-how* avançados.

Passando pelo SMIP, tive o confronto com a realidade do intensivismo, que se destaca pela complexidade de cuidados e conhecimento diferenciado, que enaltece o EESIP como um pilar para a gestão de equipa e cuidados.

Por fim, na neonatologia, conhecer uma realidade muito diferente da minha foi importante para completar a minha prática profissional.

Numa união de todas estas áreas, pude confrontar-me com o impacto da doença crónica e as necessidades de saúde especiais na criança e família, que foi uma temática com grande relevo na minha aprendizagem e onde mergulhei como área de interesse. Esta imersão, permitiu-me



adquirir uma visão ampliada e perceber como está intrínseca em todos os contextos de assistência, onde o EESIP tem um papel preponderante.

Os contextos de estágio foram diferentes e, ao mesmo tempo, complementares, tendo a oportunidade de acompanhar o a criança no seu ciclo de vida, no seu percurso de saúde, no acompanhamento da doença, em contexto familiar, escolar e hospitalar.

Além disto, tive a oportunidade de reforçar a minha intenção de providenciar cuidados favorecendo a Parceria de Cuidados, tendo os pais/cuidadores um papel ativo, primordial e de grande relevo. Isto trouxe-me também competências mais avançadas, que aprimoraram minha prática profissional.

No fundo, a passagem por diversas experiências, embora muitas vezes fossem muito distantes da minha prática profissional, impactaram diretamente no meu percurso profissional, trazendo para a prática habilidades que melhoram os meus cuidados.

Não poderia deixar de referir que este percurso, trouxe também um crescimento e desenvolvimento pessoal muito satisfatórios. Enfermagem é a arte do cuidar e este cuidado é também muito intrínseco àquilo que somos enquanto pessoa. Por isso, como em tudo a que me dedico, levo comigo também aprendizagens pessoais.



6. Conclusão

O final deste ciclo representa um momento de reflexão sobre a aprendizagem que resultou do processo académico desenvolvido no âmbito do Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria.

Assim, a elaboração deste relatório consistiu numa descrição critico-reflexiva do percurso desenvolvido em prol da aquisição e consolidação de competências e conhecimentos subjacentes à área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Escrever este relatório teve então um papel fundamental sobre a minha aprendizagem, onde explanei as competências adquiridas, mas, sobretudo, onde desenvolvi objetivos de aprendizagem que me levaram a alcançar essas competências, tendo alicerçado essa prática a uma consciência reflexiva, que usa evidência científica atual e credível.

A experiência de passar por diversos contextos de estágio permitiu-me ser capaz de *desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma*, onde pude *aplicar os meus conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas*, relacionados com a área de Saúde Infantil e Pediatria.

As situações que foram levantadas durante as minhas experiências, foram conscientemente refletidas, onde pude demonstrar *capacidade para lidar com questões complexas e desenvolver soluções* face às mesmas, *integrando os conhecimentos* previamente adquiridos ou que foram surgindo da aprendizagem contínua.

Com base na procura constante de conhecimento, resultante do meu interesse substancial por esta área, pude *demonstrar capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando os resultados da investigação e da evidência*, pertinente para a área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, atendendo às responsabilidades sociais e éticas.

A consciência reflexiva, presente em todo o caminho percorrido, seja escrita ou desenvolvida em conjunto com as tutoras, permitiu-me *comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios*, de forma clara, consciente e adequada às diferentes situações.

Como instrumento de avaliação, este relatório foi o espaço para apresentar as experiências vivenciadas e os conhecimentos consolidados ao longo deste percurso, que me permitiram



construir uma base de conhecimento coesa e aprofundada sobre a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Finda esta etapa, cabe-me também enaltecer as mudanças pessoais e profissionais, que emergiram deste percurso académico.

A notória aprendizagem avançada permitiu-me estruturar uma prática mais relevante na área da neonatologia, mobilizando os conhecimentos sobre a assistência à criança e à família, bem como saberes mais diferenciados na área da gestão, supervisão e ética, permitindo-me futuramente usar o título de Enfermeira Especialista com a responsabilidade que acarreta.

Este desenvolvimento profissional traz consigo também o comprometimento de uma procura ativa de conhecimento e atualização da minha prática ao longo da vida, que espero ser relevante sobretudo, às crianças e famílias que cuido.

Das mudanças pessoais é importante referir que um percurso tão exigente leva também a um crescimento pessoal, resultado do empenho e dedicação a este Mestrado e que, na minha opinião, não pode ser dissociado do desenvolvimento profissional. Pelo contrário, a nossa evolução pessoal é o que nos torna significativamente mais competentes para o desenvolvimento profissional.

Espero que estas aprendizagens tenham sido expostas de forma clara no decorrer deste relatório, refletindo o percurso crítico-reflexivo realizado durante este período.

Para terminar, e levada pela emoção do final deste capítulo da minha vida, gostaria apenas de deixar aqui a frase que me comoveu e significou bastante nos últimos tempos: “*Cuida! E tudo o que fizeres estará certo*” (Margarida Vieira, 1993).



Bibliografia

- Abadesso, C. (2022). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na vacinação pediátrica: Linhas orientadoras para a prática clínica. *Revista DOR*, 28(2), 8805. <https://doi.org/10.24875/DOR.M22000018>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Als, H. (1982). Toward a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4).
- Als, H. (2017). Individualized Developmental Care for Preterm Infants. *Encyclopedia on Early Childhood Development*.
- Araujo, C. M. M. O. D., Silva, C. T. D. S., Macedo, F. L. D. C., Silva, J. C. D., Palombo, C. N. T., & Martins, R. D. F. (2023). Criterios relacionados con el alta hospitalaria segura del recién nacido: Una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 12(2), e3198. <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3198>
- Bauer, M. A., Yamamoto, R. C. D. C., Weinmann, A. R. M., & Keske-Soares, M. (2009). Avaliação da estimulação sensório-motora-oral na transição da alimentação enteral para a via oral plena em recém-nascidos pré-termo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 429–434. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000400007>
- Bertoncelli, N., Cuomo, G., Cattani, S., Mazzi, C., Pugliese, M., Coccolini, E., Zagni, P., Mordini, B., & Ferrari, F. (2012). Oral Feeding Competences of Healthy Preterm Infants: A Review. *International Journal of Pediatrics*, 2012, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2012/896257>



- Beveridge, R., John, S., Clarke, B., John, S., Janes, L., John, S., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., Murray, M., Ontario, B., Jordan, C. N., Warren, D., & Vadeboncoeur, A. (1998). *Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)*.
- Bingham, P. M., Ashikaga, T., & Abbasi, S. (2012). Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to feeding performance of premature infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 18(1), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2010.09.004>
- Brazelton, T. B. (2021). *O Grande Livro da Criança—O Desenvolvimento Emocional e Comportamental do 0 aos 3 anos*. Editorial presença.
- Butler, S., & Als, H. (2008). Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. *Acta Paediatrica*, 97(9), 1173–1175. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00916.x>
- Canaval, G. E., Jaramillo, C. D., Rosero, D. H., & Valencia, M. G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, 7(1), 8–24.
- Cardosa, M. S., Nicholas, M. K., Barus, J., Med-Neurology, C., Blyth, F., Chaudakshetrin, P., & D’Uva, M. R. (2021). *Multidisciplinary Pain Center Toolkit Advisory Group*.
- Çelik, R., & Altay, N. (2023). The Role of Nurses in Preparing Mothers of Premature Infants for Discharge and Home Care. *Journal of Education and Research in Nursing*, 387–392. <https://doi.org/10.14744/jern.2023.22480>
- Council of Europe. (2011). *Guidelines on Child-Friendly Healthcare*.
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro (2009).
- Desai, P. P., & Pandya, S. V. (2013). Communicating with Children in Healthcare Settings. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(12), 1028–1033. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-0969-z>



Diário da República. (2018). *Regulamento n.º 366/2018*.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Rastreio Saúde Visual Infantil* (No. 015/2018).

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*.

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2024). *Estatísticas da Educação 2023/2024—Dados preliminares*.

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 39–55). Lidel.

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Apreciação em enfermagem da criança e do jovem. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 81–99). Lidel.

Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Veludo, F., Madureira, M., & Sousa, P. (2021). Estratégias facilitadoras na integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica: Uma scoping review. *Cadernos de Saúde*, 83-84 Páginas.
<https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.10274>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª edição). Elsevier.



International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem—Versão 2*.

Lundqvist, P., Kleberg, A., Edberg, A., Larsson, B. A., Hellström-Westas, L., & Norman, E. (2014). Development and psychometric properties of the pain and stress assessment scale for newborn infants. *Acta Paediatrica*, 103(8), 833–839. <https://doi.org/10.1111/apa.12672>

Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. D. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 37–44. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>

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

Meleis, A. I. (2009). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2021). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Nº08/2021*.

Moleiro, A., gomes, A., & Nona, M. (2004). Aleitamento Materno. Em *Consensos Nacionais em Neonatologia* (pp. 113–116).

Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33–38). Lidel.



- Moura, A. A. D., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Zanetti, A. C. B., & Gabriel, C. S. (2017). Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: Revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 442–450. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700055>
- Moura, G. M. S. S. D., Inchauspe, J. A. F., Dall’Agnol, C. M., Magalhães, A. M. M. D., & Hoffmeister, L. V. (2013). Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 198–204. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200015>
- Nelas, J. C., Melo, E. da C. de O. T. D. de, Reis, G. M. R. dos, Apóstolo, J. M. A., Carvalho, L. M. F. M. de, & Silva, L. D. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Vol. 8). Ordem dos Enfermeiros.
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática*. Lidel.
- Neto, F. (2014). *A Transição Para A Alimentação Oral No Recém-Nascido Prematuro* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio de Base Populacional. (2024, outubro 25). Rastreio de Saúde Visual Infantil [SNS 24]. *PREVENÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/rastreio-de-saude-visual-infantil/>
- Oliveira, L., Festas, C., Machado, C., Machado, N., Galvão, D., Pereira, L., & Vilelas, J. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades de Saúde Especiais em Contexto Escolar* (1ª edição digital). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem—Tomada de Posição*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática* (Vol. 1).



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

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Pronúncia do Conselho de Enfermagem nº 41/2020*.

Parreira, P., Castilho, A., Rocha, M., Marins, M. M., Santos, M. R., Souza, M. de L. de, Sousa, L., Mónico, L., & Prado, F. H. do. (2022). *Gestão nas Organizações de Saúde—Pessoas, Formação e Desenvolvimento Profissional* (2ª, Vol. 2). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenitos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas.

PDF. (sem data).

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118–134). Lidel.

Smith, G. C., Gutovich, J., Smyser, C., Pineda, R., Newnham, C., Tjoeng, T. H., Vavasseur, C., Wallendorf, M., Neil, J., & Inder, T. (2011). Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. *Annals of Neurology*, 70(4), 541–549. <https://doi.org/10.1002/ana.22545>

Sousa, P. C. M. M. de. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* [Tese de Doutoramento].

Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à



parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 4-17 Pages.

<https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2023.11580>

Tajalli, S., Ebadi, A., Parvizy, S., & Kenner, C. (2024). Development and psychometric evaluation of «Caring Ability of Mother with Preterm Infant Scale» (CAMPIS): A sequential exploratory mixed-method study. *BMC Nursing*, 23(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01960-7>

Tajalli, S., Parvizy, S., Ebadi, A., Zamaniashiani, F., & Kenner, C. (2025). Understanding the experience of the mothers' ability to take care of their preterm infants related to in-hospital and post-discharge: A qualitative content analysis. *BMC Pediatrics*, 25(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05338-1>

Thompson, C. (2003). Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 230–237. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02705.x>

Viera, C., Toso, B., Carvalho, A. R. S., & Gaiva, M. A. M. (2023). The Stress of Mothers with Preterm Infants from the Neonatal Intensive Care Unit to Home: A Mixed Methods Study. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 15(1), 24–39. <https://doi.org/10.29034/ijmra.v15n1a2>

Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., Gravel, J., & the CTAS National Working Group (NWG). (2008). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CJEM*, 10(03), 224–232. <https://doi.org/10.1017/S1481803500010149>

White-Traut, R., Brandon, D., Kavanaugh, K., Gralton, K., Pan, W., Myers, E. R., Andrews, B., Msall, M., & Norr, K. F. (2021). Protocol for implementation of an evidence based parentally administered intervention for preterm infants. *BMC Pediatrics*, 21(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02596-1>

World Health Organization. (sem data). *Cup Feeding*.



World Health Organization. (2022). *WHO Recommendations for Care of the Preterm or Low Birth Weight Infant* (1st ed). World Health Organization.

World Health Organization. (2023a). *Born Too Soon: Decade of Action on Preterm Birth* (1st ed). World Health Organization.

World Health Organization. (2023b). *DIRECTORATE OF NURSING AFFAIRS*.
<https://www.who.int/tools/elena/interventions/cupfeeding-infants>

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/272943>

(n.d.).

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012 – 2016: Conhecer os riscos, Criar ambientes seguros, Minimizar os acidentes*.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). *Quedas com crianças e adolescentes*.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). *Quedas em crianças e jovens - Um estudo retrospectivo (2000- 2013)*.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 Anos De Segurança Infantil Em Portugal Relatório De Avaliação*.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2021). *Transporte De Crianças Em Veículos Ligeiros Estudo De Observação Em Ambiente De Auto-Estrada*.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2024). *Afogamentos de Crianças e Jovens em Portugal, 2002-2021*.



Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (n.d.). *APSI*. Retrieved from A escolha da cadeirinha adequada : <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada>

Associação para a Promoção de Segurança Infantil. (2022). *APSI – Afogamentos de Crianças e Jovens – Relatório 2002/2021*.

Cardoso, S. M. (2016). *Transição para a Parentalidade na Prematuridade: Intervenções do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Carta da Criança Hospitalizada - 5ª Edição. (2017). Instituição de Apoio à Criança - IAC.

Casey, A. (1995). Partnership nursing influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22.

Casey, A., & Mobbs, S. (1988, Novembro). Partnership in Practice. *Nursing Times*, 84(44).

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. *A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação 014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*.

Direção-Geral da Saúde. (2016). Orientação nº 006/2016 de 23/11/2016. *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*.



Direção-Geral da Saúde. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação.*

Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional de Vacinação.

Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa.*

Educação e Saúde - Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde. (2019). Despacho n.º 8297-C/2019, de 18 de setembro. *Diário da República n.º 179/2019, 1º Suplemento, Série II de 2019-09-18, páginas 5 - 7.*

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). In A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.

Fortin, M.-F. (2009, março). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lisboa: Lusodidacta.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica - 9ª edição.* (Elsevier, Ed.) Rio de Janeiro: Lusociência.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente.* Lusociência.

International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®).*

International Diabetes Federation. (2022). *IDF Atlas Report - Type 1 diabetes numbers in children and adults.*

International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). (2018). ISPAD Position Statement on Type 1 Diabetes in Schools.



Lacerda, A. F., Oliveira, G., Cancelinha, C., & Lopes, S. (2019). Utilização do Internamento Hospitalar em Portugal Continental por Crianças com Doenças Crónicas Complexas (2011 – 2015). *Acta Médica Portuguesa*.

Lawrence, S. E., Albanese-O'Neill, A., Besançon, S., Black, T., Bratina, N., Chaney, D., . . . Mahmud, F. H. (2022). Management and support of children and adolescents with diabetes in school. In I. S. Diabetes, *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022* (pp. 1478-1495).

Lawrence, S. E., Albanese-O'Neill, A., Besançon, S., Black, T., Bratina, N., Chaney, D., . . . Mahmud, F. H. (2022). Management and support of children and adolescents with diabetes in school. In *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022*.

Lei n.º 106/2009 - Diário da República . (2009).

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). Parecer nº 10/2018: Cálculo das Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Nicholson, E., Ng, S. M., & Kar, P. (2021). *BMJ Best practice* . Retrieved from Diabetes tipo 1.

Olinder, A. L., DeAbreu, M., Greene, S., Haugstvedt, A., Lange, K., Majaliwa, E. S., . . . Mahmud, F. H. (2022). Diabetes education in children and adolescents. In I. S. Diabetes, *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022* (pp. 1229-1242).

Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* . Ordem dos Enfermeiros .

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Ordem dos Enfermeiros .

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.



- Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: uma proposta*.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 54/2018. *Diário da República* n.º 129/2018, Série I de 2018-07-06, páginas 2918 - 2928.
- Presidência do Conselho de Ministros. (n.d.). Decreto-Lei n.º 54/2018. *Diário da República* n.º 129/2018, Série I de 2018-07-06, páginas 2918 - 2928.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). (n.d.). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). *Diário da República*.
- Regulamento n.º 101/2015 . (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria & Sociedade Portuguesa de Neonatologia . (2009). *Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente (SMSL)*.
- Sousa, P. C. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de Doutoramento.
- Sousa, P. C., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1).
- Souza, N. L., Araújo, A. C., Costa, Í. d., Carvalho, J. B., & Silva, M. d. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*.



- Wit, M. d., Gajewska, K. A., Goethals, E. R., McDarby, V., Zhao, X., Hapunda, G., . . . DiMeglio, L. A. (2022). Psychological care of children, adolescents, and young adults with diabetes. In *SPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022*.
- World Health Organization . (2008). *A WHO plan for burn prevention and care*.
- World Health Organization . (2017). *Preventing drowning: an implementation guide*.
- World Health Organization . (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*.
- World Health Organization. (2002). *The Injury Chart Book: A graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva.
- World Health Organization. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva.
- World Health Organization. (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva.
- World Health Organization. (2009). *Global status report on road safety: time for action*. Geneva.



APÊNDICES



Apêndice I - Sessão do Programa Parentalidade - “Precauções de Segurança no Bebê”



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Precauções de Segurança no Bebê

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

Por Ana Catarina Baptista dos Santos

Porto, outubro de 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Precauções de Segurança no Bebê

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

Por Ana Catarina Baptista dos Santos

Porto, outubro de 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



Lista de Siglas e Abreviaturas

PRPP – Programa Recuperação Pós-Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade



CATOLICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



1. Introdução

O presente documento foi realizado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas.

Apesar da Unidade Curricular ter uma forte componente de contacto (contexto de estágio – 180h), ela também integra 12h de Orientação Tutorial (OT) e 24h de Seminário.

No contexto de cuidados na comunidade, uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, é a Parentalidade.

Na UCC existe um grupo de trabalho na área da Parentalidade, que é composto por duas enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e uma enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Este grupo de trabalho elaborou, entre outros, o Programa de Recuperação Pós-Parto (PRPP), que visa a promoção de competências na grávida/ casal/ família para a transição para a parentalidade.

O PRPP tem a duração de 5 semanas, com uma periodicidade de duas vezes por semana (4^a feira e 2^a ou 6^o feira das 11h00 – 12h30). O programa é constituído por 5 atividades teóricas, com duas abordagens, uma de saúde materna e outra de saúde infantil, e 4 atividades práticas de treino muscular e de massagem infantil.

A segurança do bebé encontra-se dentro de uma das áreas de intervenção prioritárias do Plano de Ação Para a Segurança Infantil, sendo a UCC um elo importante para que os objetivos propostos nesta dimensão sejam alcançados (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2011).

Neste seguimento, surgiu a oportunidade de integrar este programa e apesar de ser um programa já estruturado e muito bem organizado, beneficia também da minha contribuição enquanto estudante, contando com trazer a evidencia mais atual.

Este documento traduz percurso realizado para a elaboração de uma formação, de forma a atingir um dos meus objetivos propostos para este estágio, definidos no meu projeto.



O documento organiza-se em quatro partes: (i) o planeamento da atividade, onde são criteriosamente definidos os objetivos, estratégias, recursos e o plano de ação; (ii) a execução, onde são mencionadas questões relativas à execução, como dificuldades e estratégias de adaptação; (iii) a avaliação da sessão; (iv) e, por fim, a conclusão.



2. Planeamento

O Planeamento em Saúde consiste num processo contínuo e dinâmico, onde existe uma interação permanente entre o planeamento e a realidade. É, por isso, um modelo teórico para uma ação futura, com o objetivo de tornar a realidade mais eficiente (Tavares, 1990, citado por Pereira, 2011 p. 3)

Neste sentido, o planeamento torna-se essencial para orientar a execução e adoção de novos comportamentos.

Neste contexto, será elaborado um planeamento para capacitar os pais na adoção de comportamentos preventivos face à segurança do bebé.

2.1. Análise de Situação e Escolha do Tema

Neste contexto, as necessidades de formação da comunidade estão previamente definidas e o PRPP surge na resposta a essas necessidades.

Como tal, integro este programa para a realização de uma sessão de formação, no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria, com o tema “Precauções de Segurança no Bebê”.

O tema “Precauções de Segurança no Bebê” foi eleito com base na minha preferência pessoal e com a organização do programa mediante a minha presença no estágio.



2.2.1. Enquadramento Teórico

Na infância existe um rápido desenvolvimento da criança, tanto a nível físico, como cognitivo (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016).

As crianças com menos de 1 ano têm características próprias e específicas, às quais se associam fatores de risco.

A nível físico, a pele é fina ou imatura, as vias aéreas são pequenas, a cabeça é grande em relação ao restante corpo.

A nível cognitivo, a criança vai expandindo os seus movimentos (associação mão-boca), desenvolve a visão e a audição, começa a aprender comandos verbais, adquire competências como rolar e segurar em objetos e, além de estabelecer um maior vínculo com as pessoas de referência, começa a adotar comportamentos de imitação (World Health Organization, 2002).

Em crianças com menos de um ano, os acidentes são uma das principais causas de morte, hospitalização e incapacidade em todo o mundo (World Health Organization, 2002).

As lesões mais comuns são os acidentes de trânsito, as quedas, as queimaduras, as intoxicações e a asfixia.

De forma a prevenir os acidentes de trânsito, deve ser tido em conta que, os sistemas de retenção do veículo sejam adequados à idade, peso e altura da criança, devem estar voltados para trás (categoria 0+) e nunca deve ser colocada no bando da frente, se o sistema *AirBag* estiver ativo. As cadeiras voltadas para trás são as que protegem de forma mais eficaz e, em caso de acidente, podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças (Associação para a Promoção da Segurança Infantil) (World Health Organization, 2004).

O sistema *Isofix* é de fácil colocação e, por isso, reduz os erros de instalação das cadeirinhas sendo, por esta razão, considerado mais seguro (Associação para a Promoção da Segurança Infantil).

Quanto à prevenção de quedas, assim como outro tipo de acidentes, estão muitas vezes relacionadas a comportamentos errados ou pouco seguros dos adultos e acontecem, na sua maioria, em casa. (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2014).



É importante nunca deixar o bebé sozinho (em cima da cama, de sofás, da mesa do muda fraldas), mesmo que o bebé esteja a dormir. Mas, se por algum motivo for necessário sair da divisão onde está, deve sempre levar-se o bebé. Caso isto não seja possível, ao deixar-se o bebé, deve-se fazê-lo deitando-o no berço ou na cama de grades (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2014).

O uso do “ovinho” não é aconselhável em casa e, este deve ser sempre colocado no chão, com o cinto interno apertado. Não é seguro colocar o “ovinho” em cima de mesas, cadeiras ou móveis (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2014).

A asfixia/engasgamento pode ser prevenida com as seguintes medidas: manter objetos de pequenas dimensões perto da criança; não alimentar o bebé deitado; inspecionar os brinquedos, certificando que não existem peças soltas; manter o berço sem acessórios desnecessários (almofadas, peluches, brinquedos...); usar colchões firmes; remover peças com atilhos antes de deitar o bebé (babetes, gorros, fita da chupeta) (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016) (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2017).

A causa mais comum de queimaduras é pelo contacto com líquidos quentes. De forma a serem prevenidas as queimaduras deve-se: confirmar sempre a temperatura dos líquidos antes de alimentar o bebé; não utilizar o micro-ondas para aquecer o leite; evitar colocar o bebé perto de bebidas quentes e não segurar em bebidas quentes sempre que esteja com o bebé ao colo; confirmar sempre a temperatura da água; ser cauteloso com a exposição solar e adequar o vestuário; confirmar a temperatura do carrinho do bebé antes o colocar (World Health Organization , 2008) (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016).

Para prevenir acidentes por intoxicação deve ser assegurado que: as substâncias tóxicas sejam colocadas fora da vista e do alcance da criança, preferencialmente num armário fechado e com tampas de segurança; guardar imediatamente após o uso, produtos que sejam tóxicos ou potencialmente tóxicos, bem como medicação; administrar medicação conforme prescrições e só com indicação de um profissional de saúde (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016) (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2011).



Os afogamentos são um grave problema de Saúde Pública (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2024). A maneira mais importante de prevenir, é vigiar. “*Nenhum sistema de proteção substitui a presença de um adulto*” (Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2022). No entanto, são importantes as seguintes medidas: nunca deixar o bebé sozinho no banho; colocar vedações em piscinas e locais com água (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016) (Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2022) (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2017).

O choque elétrico, pode ser prevenido pela colocação de proteções nas tomadas e por manter os fios elétricos íntegros, enrolados e escondidos ou fora do alcance da criança (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016).

Por fim, a síndrome de morte súbita na criança, apesar de não ter causa aparente, é a primeira causa de mortalidade no primeiro ano de vida, excluindo o período neonatal.

Como, na maioria dos casos, está associada ao sono, é também conhecida como “morte no berço”.

Como estratégias de prevenção: colocar o bebé para dormir sempre de costas, com a cabeça lateralizada; manter o bebé na posição vertical um quarto de hora após a refeição, especialmente se for frequente bolçar; o bebé deve dormir numa cama de grades apropriada, sobre um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama ou berço, de forma a que não exista espaço entre o colchão e as grades; deve ser colocado no berço com os pés a tocar o fundo, com a roupa da cama até (no máximo) aos ombros; evitar o sobreaquecimento, adequando a temperatura do quarto, a roupa do bebé e a roupa da cama à estação do ano e ao lugar que habita; não dormir com o bebé, sobretudo se sentir muito cansaço, se tomar medicamentos calmantes ou se ingerir bebidas alcoólicas; não adormecer no sofá com o bebé; evitar a exposição do bebé ao fumo, especialmente no ambiente do bebé; privilegiar outras posições quando o bebé está acordado; usar a chupeta como fator protetor (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Sociedade Portuguesa de Neonatologia , 2009).



2.2. Formulação de Objetivos

2.2.1. Objetivos Educacionais:

- **Objetivo Geral:**

- Capacitar os pais sobre acidentes frequentes no 1º ano de vida e sua prevenção

- **Objetivos Específicos:**

- Que os pais sejam capazes de identificar os conceitos básicos sobre desenvolvimento infantil relacionando-os com as características específicas das crianças;

- Que os pais sejam capazes de identificar os diferentes tipos de acidentes nas crianças até ao primeiro ano de idade;

- Que os pais sejam capazes de enumerar ou identificar a forma de prevenir os diferentes tipos de acidentes;

- **Estratégias:**

- Identificar o tema como pertinente;
- Expor as principais causas de acidentes;
- Explicar os acidentes que podem ocorrer no bebé;
- Explicar quais as medidas preventivas de acidentes;
- Partilhar experiências;
- Esclarecer dúvidas.

2.2.2. Objetivos Operacionais

- 50 % das famílias do grupo estejam presentes na sessão;
- Aumentar o conhecimento dos pais face à prevenção de acidentes no 1º ano de vida.



2.3. Seleção e Organização do Conteúdo

Para esta atividade de formação serão abordados os seguintes conteúdos:

- Conceito de desenvolvimento
- Características de desenvolvimento físico e cognitivo do bebé;
- Acidentes mais frequentes no primeiro ano de vida;
- Precauções de segurança relativamente a acidentes rodoviários, quedas, asfixia/engasgamento, queimaduras, intoxicações, afogamento, choque elétrico e síndrome de morte súbita.

2.4. Estratégia e Recursos

Para a apresentação da atividade, será adotado o método participativo-ativo, com técnica expositiva através do auxílio de slides (formato PowerPoint – anexo I), através da plataforma *Teams*.

2.5. Plano de Ação

O plano de ação elaborado está exposto no Anexo II deste documento.

2.6. Avaliação

- **Indicador de Processo**

Avaliar a presença das famílias na sessão através do cálculo seguinte:

$$\frac{\text{Nº de Famílias na Atividade}}{\text{Nº de Famílias Inscritas no grupo}} \times 100$$



- **Indicador de Resultado**

1) Avaliar o conhecimento dos pais face à prevenção de acidentes no 1º ano de vida

A avaliação de conhecimento será feita em dois momentos: antes e após a sessão. Desta forma, é possível adequar o conteúdo às necessidades que as famílias apresentam e, também, avaliar de que forma a sessão contribuiu para o aumento do conhecimento das famílias face ao assunto abordado.

Questionário de Avaliação

Avaliação Inicial:

- Quais consideram ser os acidentes mais comuns no 1º ano de vida?
- De que forma, podem ser prevenidos os acidentes no 1ª ano de vida?

Avaliação Final:

- Quais são acidentes mais comuns no 1º ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de acidentes rodoviários no 1ª ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de quedas no 1ª ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de asfixia no 1ª ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de queimaduras no 1ª ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de intoxicações no 1ª ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de afogamentos no 1ª ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de choque elétrico no 1ª ano de vida?
- Quais são as medidas de prevenção de síndrome de morte súbita no 1ª ano de vida?

2) Avaliar o grau de satisfação dos pais face à formação e recursos utilizados

- Consideram que a sessão foi importante?
- O conteúdo fornecido foi suficiente?



- A metodologia utilizada foi interessante?
- Alguma coisa que gostariam de acrescentar?



3. Execução

Durante a atividade foram encontradas algumas dificuldades, que serão listadas abaixo, assim como as estratégias utilizadas.

⇒ Proximidade e Relação

Esta foi a primeira dificuldade percebida no início da sessão. Apesar de sentir que consegui estabelecer uma relação com as famílias participantes, o facto de ser online pode causar algum distanciamento, uma vez que não me conheciam. Se a sessão fosse feita com uma colga das que já conheciam, haveria mais proximidade para se sentirem confiantes.

De qualquer das formas, para tornar esta relação mais próxima, comecei por me apresentar e dar espaço para as famílias se apresentarem.

Também promovi momentos de participação durante a sessão, permitindo a partilha de algumas experiências.

No final da sessão, abri um espaço para esclarecimento de dúvidas e avaliarem a sessão.

Ao finalizar, senti que já estavam mais confortáveis e participativos.

⇒ Questionar outros assuntos

A segunda dificuldade sentida, foi que as famílias tinham necessidade de perguntar sobre outros assuntos alheios ao tema da sessão. Por um lado, há a necessidade de direccionar a sessão e atingir os objetivos da mesma. Por outro, o esclarecimento de dúvidas é pertinente em todos os contactos, assumindo estes momentos como oportunidades de capacitar as famílias.

Para manter este equilíbrio, dei algum espaço para outras questões, tentando direccionar até à temática em questão. No final da sessão, depois da avaliação da mesma, abri novamente espaço para questões de outras temáticas, onde pude responder juntamente com a enfermeira tutora.



4. Avaliação

- **Indicador de Processo**

São 33 o número de famílias que constituem este grupo do PRPP. Nesta sessão estiveram presentes 17 famílias.

Perante o cálculo do indicador obteve-se o resultado abaixo indicado.

Tabela 1: Avaliação da atividade

Indicador de Processo	META	AVALIAÇÃO
$\frac{N^{\circ} \text{ de Famílias na Atividade}}{N^{\circ} \text{ de Famílias Inscritas no grupo}} \times 100$	50%	$\frac{17}{33} \times 100 = 51,5\%$

- **Indicador de Resultado**

- 1) Avaliação de conhecimento

Avaliação Inicial:

- Quais consideram ser os acidentes mais comuns no 1º ano de vida?

Nesta pergunta os pais foram capazes de mencionar: queimaduras, intoxicações e síndrome de morte súbita.

- De que forma, podem ser prevenidos os acidentes no 1ª ano de vida?

Nesta pergunta os pais foram capazes de mencionar os cuidados com a água do banho, os cuidados com a posição de dormir e os cuidados com produtos tóxicos.



Avaliação Final:

- Quais são acidentes mais comuns no 1º ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: acidentes rodoviários, quedas, asfixia, queimaduras, afogamentos, intoxicações, choque elétrico e síndrome de morte súbita.

- Quais são as medidas de prevenção de acidentes rodoviários no 1ª ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: utilização da cadeira de transporte correta, na posição correta.

- Quais são as medidas de prevenção de quedas no 1ª ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: reunir todo o material antes do banho; não deixar a criança sozinha em superfícies sem proteção; travar o carrinho de passeio; supervisionar as crianças a pegar no bebé; manter as grades da cama levantadas.

- Quais são as medidas de prevenção de asfixia no 1ª ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: evitar o uso de roupa com botões na parte da frente, pompons e aplicações e retirar os babetes antes de deitar o bebé; e não usar acessórios na cama do bebé;

- Quais são as medidas de prevenção de queimaduras no 1ª ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: manter o bebé afastado dos líquidos quentes; não utilizar o micro-ondas para aquecer o leite e verificar sempre a temperatura do leite; não cozinhar com o bebé ao colo; verificar a temperatura da água antes de iniciar o banho e colocar primeiro a água fria e depois a quente; colocar protetor solar de fator elevado e não expor o bebé às horas de maior calor.

- Quais são as medidas de prevenção de intoxicações no 1ª ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: escolher produtos que possuam tampa de segurança; manter sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, fora do alcance e do olhar das crianças, nunca próximo de produtos alimentares.

- Quais são as medidas de prevenção de afogamentos no 1ª ano de vida?



Os pais foram capazes de identificar: não deixar o bebé sozinho na banheira; não deixar banheiras, alguidares ou baldes cheios com água.

- Quais são as medidas de prevenção de choque elétrico no 1^a ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: colocar protetores nas tomadas; não sobrecarregar tomadas e fichas triplas; enrolar os fios elétricos e escondê-los.

- Quais são as medidas de prevenção de síndrome de morte súbita no 1^a ano de vida?

Os pais foram capazes de identificar: deitar o bebé em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada e destapada; manter o berço sem objetivos; dormir no quarto dos pais até aos 6 meses.

No final da sessão, os pais foram capazes de mencionar quase todas as medidas de prevenção de acidentes, pelo que se considera que a sessão teve cumprido o seu objetivo principal: capacitar os pais sobre acidentes frequentes no 1^o ano de vida e sua prevenção.

2) Avaliação do grau de satisfação

- Consideram que a sessão foi importante?

Todos os pais consideraram que a sessão foi importante.

- O conteúdo fornecido foi suficiente?

Todos os pais consideraram que o conteúdo fornecido foi suficiente.

- A metodologia utilizada foi interessante?

Quase todos os pais consideraram que a metodologia foi interessante. Alguns não responderam.

- Alguma coisa que gostariam de acrescentar?

A maioria dos pais disse que não. Alguns não responderam.



5. Conclusão

A transição para o papel parental bem como a capacitação parental, são temáticas da Enfermagem que se destacam na assistência à criança e família, sendo por isso o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, o profissional mais apto para dar resposta a estas necessidades.

É também importante perceber que a segurança do bebé se encontra dentro de uma das áreas de intervenção prioritárias do Plano de Ação Para a Segurança Infantil.

Tendo isto em conta, esta sessão para os pais é de destacada importância para que sejam capazes de desempenhar o seu papel parental, com os conhecimentos necessários para garantir a segurança do seu bebé.

Por outro lado, esta sessão teve também bastante significado no meu percurso académico, contribuindo para a minha aquisição de competências, tornando-me mais perita na capacitação da comunidade.



6. Bibliografia

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012 – 2016: Conhecer os riscos, Criar ambientes seguros, Minimizar os acidentes.*
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Quedas com crianças e adolescentes.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). *Quedas em crianças e jovens - Um estudo retrospectivo (2000- 2013).*
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 Anos De Segurança Infantil Em Portugal Relatório De Avaliação.*
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2021). *Transporte De Crianças Em Veículos Ligeiros Estudo De Observação Em Ambiente De Auto-Estrada.*
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2024). *Afogamentos de Crianças e Jovens em Portugal, 2002-2021.*
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (s.d.). APSI. Obtido de A escolha da cadeirinha adequada : <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada>
- Associação para a Promoção de Segurança Infantil. (2022). *APSI – Afogamentos de Crianças e Jovens – Relatório 2002/2021.*
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente.* Lusociência.
- Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: uma proposta.*



Sociedade Portuguesa de Pediatria & Sociedade Portuguesa de Neonatologia . (2009). *Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente (SMSL)*.

World Health Organization . (2008). *A WHO plan for burn prevention and care*.

World Health Organization . (2017). *Preventing drowning: an implementation guide*.

World Health Organization . (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

World Health Organization. (2002). *The Injury Chart Book: A graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva.

World Health Organization. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva.

World Health Organization. (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva.

World Health Organization. (2009). *Global status report on road safety: time for action*. Geneva.



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

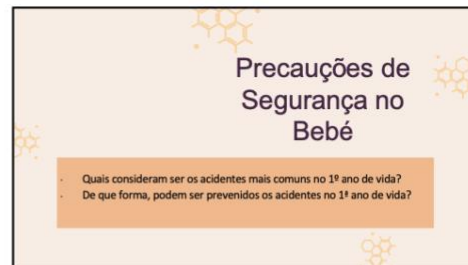
APÊNDICES



APÊNDICE I - Apresentação formato *PowerPoint* “Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes”



1



2



3



4



5



6



Acidentes Rodoviários – Transporte no automóvel

O ISOFIX é um sistema de ancoragem normalizado para sistemas de retenção para crianças que facilita a colocação da cadeira e reduz os riscos de uma utilização incorreta, proporcionando maior segurança e estabilidade.

Sistema de fixação: dois pontos de fixação situados na **parte inferior** do assento do automóvel e um terceiro ponto de fixação na **parte traseira** do assento

Sistema de instalação ISOFIX



7

Quedas

As quedas no primeiro ano de vida são motivo para idas ao Serviço de Urgência em 73% dos casos de acidente (APSI, 2016)

• Comportamentos errados dos adultos;
• Subvalorização das capacidades das crianças.



8

Quedas – como prevenir ?

- Reunir previamente todo o material quando vai executar algum procedimento.
- No caso das mochilas ergonómicas, estas devem ser utilizadas à frente e com o bebé voltado para o peito dos pais até estes terem capacidade para segurar a criança.
- Assegurar que a grade da cama fica levantada.
- Não deixar a criança sozinha numa cama, mesa, ou num sofá.

9

Quedas – como prevenir ?

- Trancar sempre o carrinho de passeio quando parado e não pendurar sacos ou objetos pesados no mesmo.
- Apertar os cintos de segurança quando sentado na cadeira de transporte; durante a noite, está recomendada a aplicação de reflexores.
- Quanto ao sistema de retenção, este deve encontrar-se bem ajustado.
- Supervisionar os irmãos ou outras crianças a pegar no recém-nascido.

10

Asfixia

A asfixia é uma **interrupção na respiração**, em que há **ausência de oxigénio**, constituindo um risco para os bebés.

- Evitar o uso de roupa com **botões na parte da frente**, pompons e aplicações;
- Retirar as peças com atilhos, nomeadamente **babetes, gorros e corrente da chupeta**, antes de o deitar;
- Evitar o uso de **almofadas** ou outros acessórios na **cama do bebé**;
- Deve ser utilizado um **colchão duro**, em que a **roupa do berço** esteja colocada ao nível do tronco da criança, **presa sob o colchão**;



11

Asfixia

- Posicionar o recém-nascido/bebé em **decúbito dorsal com lateralização da cabeça**;
- Deitar a criança de modo a que os pés fiquem **encostados ao fundo do berço**;
- Não deixar **objetos de reduzidas dimensões** ao alcance da criança;
- Verificar se o **fluxo de leite** que sai pelo orifício da tetina não é superior à **capacidade de deglutição do bebé**;
- Colocar o bebé a **eructar**, durante e após as refeições.



12



13

Queimadura

- Manter o bebé afastado dos líquidos quentes como a água, o café ou o chá;
- Não utilizar o micro-ondas para aquecer o leite, uma vez que o aquecimento não é homogêneo, preferir aquecer em banho-maria;
- Verificar sempre a temperatura do leite, vertendo uma gota no seu pulso;
- Não cozinhar com o bebé ao colo;
- Verifique a temperatura da água antes de iniciar o banho (36/37,5°C), com a face anterior do pulso, o cotovelo ou com termómetro e não esquecer de colocar primeiro a água fria e depois a quente;

14

Medidas de Prevenção de Acidentes por Queimaduras:

- Confirmar sempre a temperatura da cadeia de transporte antes de colocar o bebé;
- Em relação ao sol, não expor o bebé ao mesmo, principalmente entre as 10h30 e as 18h30;
- Coloque um chapéu e vista roupas largas de algodão;
- Coloque protetor solar de proteção elevada.

15

Intoxicações

Pode ser provocada por qualquer produto tóxico como, por exemplo, os medicamentos, produtos de limpeza, de uso agrícola e que sejam passíveis de causar problemas graves de saúde ou mesmo a morte.

Vias de exposição mais comum:

- oral; tópica (pele); ocular (olhos) e respiratória.

16

Intoxicações – Como prevenir ?

- Sempre que comprar produtos tóxicos ou corrosivos, escolha aqueles que possuem tampa de segurança;
- Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, fora do alcance e do olhar das crianças;
- Não arrume os produtos tóxicos junto de produtos alimentares e nunca mude os produtos de umas embalagens para as outras nem os deite em garrafas de bebidas;
- Arejar as divisões com frequência, para evitar a intoxicação com monóxido de carbono.

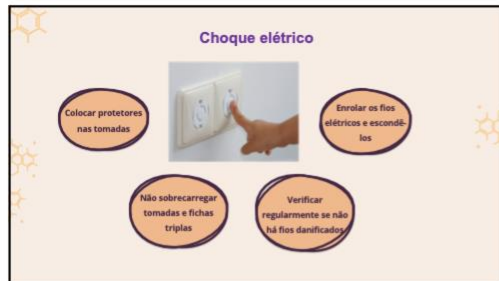
17

Afogamentos

- Nunca deixe o bebé sozinho na banheira, mesmo que a quantidade de água seja muito pequena.
- Não utilize "cadeiras de banho" para bebés pois são instáveis e podem voltar-se.
- Não deixe banheiras, aljofares ou baldes cheios com água. Para as suas férias, prefira catas sem piscina ou com piscina vedada.

Lembre-se: Basta meio palmo de água para uma criança se afogar.

18



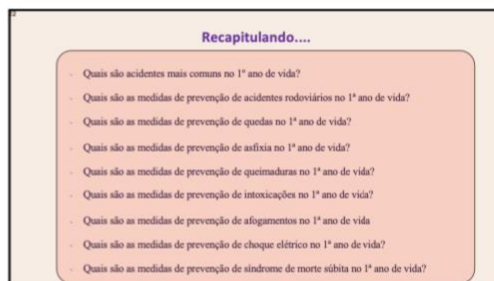
19



20



21



22



23



APÊNDICE II – Plano de Sessão “Precauções de Segurança no Bebê”

Formação: Precauções de Segurança no Bebê Formador: Estudante MESIP Ana Catarina Santos Formandos: Grupo de pais do Programa Recuperação Pós-Parto Tempo previsto: 40 minutos							
MOMENTO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA		MÉTODO	AVALIAÇÃO	TEMPO
			ATIVIDADES	RECURSOS			
INTRODUÇÃO	- Identificar o tema como pertinente;	Apresentação do tema; Apresentação dos objetivos; Fazer avaliação inicial	Exposição oral e apresentação de slides. Vídeo APSI*	Computador-via plataforma <i>Teams</i>	Expositivo		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Expor a principais causas de acidentes; - Explicar os acidentes que podem ocorrer no bebê; - Explicar quais as medidas preventivas de acidentes;	Desenvolvimento infantil e características específicas do bebê; Principais Tipos de acidentes; Medidas de prevenção de acidentes;	Exposição oral e apresentação de slides	Computador-via plataforma <i>Teams</i>	Expositivo; ativo;		20 minutos
CONCLUSÃO	- Partilhar experiências; - Esclarecer dúvidas;	Síntese de conteúdos; Reflexão conjunta; Esclarecimento de dúvidas; Fazer a avaliação final	Exposição oral e apresentação de slides	Computador-via plataforma <i>Teams</i>	Expositivo; ativo;		10 minutos



		Encerramento da sessão.				
--	--	----------------------------	--	--	--	--

***Vídeo APSI:** <https://www.youtube.com/watch?v=dl0rAy1qXGw&t=1s> até 0:39seg.



Apêndice II - Estudo de Caso



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ESTUDO DE CASO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

Local: UCC XX

Nome do Estudante: Ana Catarina Santos

Tutor de Estágio: Enfermeira XX



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Porto, setembro de 2024



Introdução

Este trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio e Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas.

O propósito deste trabalho surgiu no Estágio de Cuidados na Comunidade, na área da Saúde Escolar, perante uma situação de Necessidades de Saúde Especiais e para a aplicação do Plano de Saúde Individual de uma criança em idade escolar.

O Plano Nacional de Saúde Escolar tem em vista que *“todas as crianças e jovens tenham direito à saúde e à educação e devem ter oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”* (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Além disto, o Plano Nacional de Saúde Escolar, apresenta-se com 6 eixos principais: (1) Capacitação; (2) Ambiente Escolar e Saúde; (3) Condições de Saúde; (4) Qualidade e Inovação; (5) Formação e Investigação em Saúde Escolar; e (6) Parcerias (Direção-Geral da Saúde, 2015).

As Necessidades de Saúde Especiais (NSE), ao abrigo do Decreto-Lei n.º 54/2018, são definidas como *“necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem”* (Presidência do Conselho de Ministros).

É no Eixo 3, Condições de Saúde, que as NSE estão incluídas, inculcando a responsabilidade às equipas de Saúde Escolar, de uma intervenção que promova a adaptação da criança com condições de saúde à escola, sem comprometimento da sua aprendizagem (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Dentro da equipa de Saúde Escolar, o EESIP é o elemento que detém a responsabilidade das NSE, sendo o mais apto e capaz para dar resposta a estas necessidade, de forma a organizar, juntamente com outros elementos da comunidade escolar, um plano estruturado de intervenção (Presidência do Conselho de Ministros).

Integrando estes conceitos e fazendo jus aos objetivos traçados para este estágio, surge a oportunidade de elaborar este estudo de caso, agregando os conceitos, diagnósticos e



intervenções sensíveis aos cuidados de Enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica.

O documento organiza-se em cinco partes: (i) a Referenciação da Situação, onde será descrito o processo de referenciação deste caso; (ii) a Descrição do Caso, onde serão discriminados aspetos fundamentais à compreensão do estudo de caso; (iii) a Fundamentação Teórica, onde serão abordadas temáticas pertinentes à gestão do estudo de caso; (iv) o Plano de Cuidados, onde será explanado o processo de enfermagem realizado para atender este caso; (v) e, por fim, a Reflexão de Aprendizagens e Conclusão, onde será feita uma análise reflexiva e conclusiva da realização deste trabalho.



Referenciação da Situação

“A Educação e a Saúde, em articulação com a família, devem identificar as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-la, proporcionar-lhe apoio continuado e promover a articulação entre todos” (p. 42, Plano Nacional de Saúde Escolar, 2015). A identificação de crianças com necessidades especiais e a sua referenciação à equipa de saúde escolar pode ser realizada por: serviços de saúde (equipas de saúde familiar [enfermeiro/médico de família]), serviços hospitalares (equipas de internamento, pediatra, médico de outra especialidade); família ou encarregado de educação; comunidade escolar; equipas locais de intervenção precoce (ELI); ou serviços da comunidade e da rede social (CPCJ, RSI) (Direção-Geral da Saúde, 2015) (Presidência do Conselho de Ministros).

Depois da sinalização, a Equipa de Saúde Escolar elabora o Plano de Saúde Individual (PSI), em articulação com os serviços de saúde, os pais/encarregados de educação e comunidade escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A situação desta criança foi referenciada pelo estabelecimento de ensino.



Descrição do Caso

Este estudo de caso é da “criança J” de 8 anos, à qual foi diagnosticado Diabetes *Mellitus* tipo 1.

A doença foi sinalizada pela mãe, que por ser portadora da mesma patologia, identificou sintomas comuns da doença e recorreu aos serviços de urgência para estabilização e encaminhamento da “Criança J”.

A “Criança J” teve alta do internamento com perfusão subcutânea contínua de insulina, através de uma bomba de perfusão portátil e com um plano terapêutico de ajuste de insulina conforme a alimentação e a atividade física.

Na consulta telefónica com a mãe, esta verbalizou que a “Criança J” sente vergonha, mas que é bastante autónoma na gestão da doença. No entanto, a “Criança J” recusa usar o sistema de monitorização *flash*.

Há que notar também, que a “Criança J” vive em duas casas, fruto de um divórcio litigioso desde o seu primeiro ano de vida. A parentalidade é dividida da seguinte forma: 3 dias em casa da mãe, 2 dias em casa do pai e os fins-de-semana intercalados. Conhecer a organização familiar é aqui muito importante, também para perceber o quotidiano da “Criança J”, com quem coabita e qual é a sua rede de apoio. A “Criança J” tem ainda um irmão mais velho, pré-adolescente, que tem a mesma estrutura e organização parental.

Não só a adaptação da “Criança J” à doença é um problema da nossa atenção, mas também o papel parental aqui relacionado, pois o facto de a mãe ser portadora da doença parece ter aqui duas nuances: por um lado, é conhecedora da doença e isso é uma vantagem na identificação de sintomas; por outro lado, estar demasiado à vontade com a doença faz com que não seja tão rigorosa na supervisão da doença e do cumprimento do plano terapêutico.

Este estudo de caso, levanta bastantes questões sensíveis aos cuidados de enfermagem. Por essa razão, no capítulo seguinte serão abordados esses temas, pondo em perspetiva o olhar do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.



Fundamentação Teórica

A Diabetes *Mellitus* do tipo 1 é um distúrbio metabólico, onde há uma deficiência absoluta de insulina, que se desenvolve pela destruição das células beta-pancreáticas, principalmente por mecanismos mediados imunologicamente e, que consequentemente, leva a hiperglicemia (Direção-Geral da Saúde, 2019) (Nicholson, Ng, & Kar, 2021).

É estimado que cerca de 8,75 milhões de pessoas no mundo, vivam com Diabetes Tipo 1. Destas, cerca de 1,52 milhões são crianças e jovens (< 20 anos) (International Diabetes Federation, 2022).

Em Portugal, 3 312 crianças e jovens (< 20 anos), são diagnosticados com Diabetes Tipo 1 (International Diabetes Federation, 2022), isto significa que grande parte da faixa etária representada frequenta o ensino escolar.

As crianças geralmente passam mais de metade do tempo na escola e em atividades do âmbito escolar ou extracurriculares, pelo que ficam afastados da supervisão parental. Além disto, é na escola que executam muitas das atividades que estão intimamente ligadas ao processo da doença, tais como as refeições e o exercício físico (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), 2018).

As crianças com diabetes não devem ser deslocadas da sua vivência escolar num todo e espera-se que as crianças com diabetes tenham “*as mesmas oportunidades que os seus pares sem diabetes, participando em todas as atividades curriculares e não curriculares*” (Educação e Saúde - Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde, 2019)

Assim sendo, isto remete-nos para a importância dos cuidados na comunidade, nomeadamente no que toca à Saúde Escolar, que é desenvolvida com base no Programa Nacional de Saúde Escolar e, mais especificamente no planeamento das Necessidades Especiais, que são asseguradas por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A Saúde Escolar elabora o Plano de Saúde Individual, em articulação com os serviços de saúde, a comunidade escolar e os pais/Encarregados de Educação, potenciando o desempenho escolar da criança, tendo em conta a situação clínica e os fatores ambientais, facilitadores e/ou barreiras do contexto escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015).



Todos os alunos com diabetes devem ter um plano individualizado que detalhe os aspetos necessários à gestão da doença. Este plano deve ser revisto e alterado sempre que necessário e/ou pelo menos anualmente (Lawrence, et al., 2022).

- **A Doença Crónica na Criança**

A OMS define doença crónica como: *“Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”*.

A doença crónica é uma preocupação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tendo um papel fundamental na resposta às necessidades do doente pediátrico e da sua família, fazendo jus à competência específica *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A reação de uma criança à doença crónica ou incapacitante depende muito: do nível de desenvolvimento; do seu temperamento; dos mecanismos de enfrentamento que possui; das reações dos familiares e pessoas significativas; e, da condição em si. Além disto, o impacto duma doença crónica complexa é influenciado pela idade em que foi diagnosticada (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016).

A doença crónica na criança acarreta consigo uma complexidade de circunstâncias a nível do desenvolvimento infantil, nas suas dimensões físicas, psicológicas e sociais, que depende intimamente dos aspetos de desenvolvimento de cada faixa etária, a que estão relacionados fatores de stress e risco próprios (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016).

A criança em idade escolar com doença crónica pode sofrer com debilidades físicas (o que pode afetar a sua habilidade de realização e competição), atraso na vida académica (o que pode trazer sentimentos de vergonha e inibição) e interferências no seu processo de socialização. Ou seja, doença crónica na criança acarreta consigo uma complexidade de circunstâncias a nível do desenvolvimento infantil, nas suas dimensões físicas, psicológicas e sociais (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016) (Lawrence, et al., 2022).



- **A Criança em idade escolar com DM1**

As principais preocupações e desafios nesta faixa etária são: adaptar-se à mudança de casa ou jardim de infância para a escola; desenvolver a autoestima e o relacionamento com os pares; aumentar a compreensão e a aprendizagem sobre a administração de insulina, o uso de bomba e a monitorização da doença; desenvolver gradualmente a independência da criança com transferência progressiva de responsabilidades apropriadas; adaptar a DM1 aos programas escolares, às refeições escolares, ao exercício e aos desportos; não querer fazer tarefas de autogestão em público; negociar a supervisão da gestão da DM1; reconhecer progressivamente e consciencializar-se sobre sintomas de hipoglicemia (Olinder, et al., 2022).

Perante estes desafios, são propostas as seguintes intervenções: educação para pessoal escolar e outros; Apoio familiar; Aconselhar os pais sobre o desenvolvimento gradual da criança (independência); Educação adequada à idade da criança; Esclarecer a responsabilidade pela autogestão; Educação a pares; Envolvimento com nutricionista, psicólogo e apoio à saúde mental conforme necessário (Olinder, et al., 2022) (Hockenberry & Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2016).

- **Adesão ao Regime Terapêutico**

Independentemente do regime de insulina usado, a complexidade do tratamento da diabetes exige que as crianças com diabetes e os seus cuidadores tomem várias decisões de tratamento diárias, que requerem a capacitação da criança e dos seus cuidadores (Olinder, et al., 2022)

As crianças com DM1 precisam de ter uma compreensão da diabetes apropriada à idade e serem capacitadas para participarem na gestão da sua doença (Olinder, et al., 2022).

Em idade escolar, a criança está pronta e quer realizar tarefas que possa completar e aprende a cooperar com os outros, já que o seu pensamento se torna cada vez mais lógico e coerente (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

No entanto, devem ser feitas avaliações de rotina aos ajustes relacionados com o desenvolvimento e com a compreensão da gestão da diabetes, contribuindo para a autonomia e competência para a autogestão da doença (Wit, et al., 2022).



- **Papel Parental**

O desafio para os profissionais de saúde na diabetes é prestarem educação sobre a doença que otimize os conhecimentos da família e a compreensão da doença e do seu tratamento, enquanto as apoiam na adaptação ao impacto da gestão da diabetes nas suas vidas quotidianas. Adicionalmente, os pais precisam de combinar a gestão das tarefas relacionadas com as tarefas do dia-a-dia (Olinder, et al., 2022)

Nestas circunstâncias, os pais passam por uma transição parental que confere novas nuances no seu papel, determinado como papel parental complexo. Como EESIP, devemos então facilitar transição para este papel parental complexo de forma a satisfazer as necessidades especiais de natureza crónica (Sousa, 2012).

Considerando as necessidades da criança, este papel pode ser complexo inaugural, quando “*se inicia o processo, comportamento e ação de providenciar cuidados particulares, específicos, complexos e característicos de uma situação complexa de natureza crónica inaugural*”; ou pode ser complexo estabelecido, quando “*o processo, comportamento e ação de providenciar cuidados particulares, específicos, complexos e característicos de uma situação complexa de natureza crónica já está instalada*” (Sousa, 2012).

A partilha de papeis e responsabilidades sobre as tarefas no tratamento da diabetes entre a criança e os seus cuidadores deve ser continuamente esclarecida (Olinder, et al., 2022).



Plano de Cuidados

O Plano de Cuidados de Enfermagem é dividido em 4 grandes partes: (1) a Avaliação Inicial, onde é realizada a consulta de enfermagem com os pais/encarregados de educação; (2) a elaboração do Plano de Saúde Individual; (3) a elaboração do processo de Enfermagem; e (4) a capacitação da Comunidade Escolar.

1. Avaliação Inicial

Para a avaliação inicial e colheita de dados da situação, é realizada uma consulta telefónica com os pais/encarregados de educação, para perceber de forma sumária a condição da criança e para formalizar o agendamento de uma consulta presencial.

Consulta de Enfermagem

A consulta presencial com os pais/encarregados de educação, pode também envolver a criança, se for pertinente. Neste caso, a pedido da mãe da criança J., o mesmo esteve presente.

Nesta consulta foi possível adquirir os seguintes dados:

- História da Doença;
- História familiar;
- Plano terapêutico definido pela equipa médica;

Após a aquisição destes dados, foram definidos aspetos do plano de Saúde Individual e explicado de que forma será aplicado no contexto escolar.

Também foi dado espaço para esclarecimento de dados.

Além disto, foi feita referenciação à Psicóloga da UCC, para acompanhar a criança J..

2. Plano de Saúde Individual

- Formalização do PSI (modelo em anexo I).
- Contacto com a comunidade escolar.



3. Processo de Enfermagem

O processo de Enfermagem será apresentado abaixo.

FOCO: Gestão de Regime Terapêutico
CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO:
Gestão do Regime Terapêutico comprometido se: - Volição para cumprir o regime terapêutico não demonstrado; OU - Capacidade para gerir o regime terapêutico não demonstrado; OU - Gestão do regime terapêutico não demonstrado.
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO:
Avaliar volição para cumprir o regime terapêutico: Avaliar capacidade para gerir de regime terapêutico; Avaliar gestão do regime terapêutico.
DIAGNÓSTICO DEFINIDO:
Gestão de Regime Terapêutico Não Comprometido
INTERVENÇÕES:
Apoiar na tomada de decisão Encorajar tomada de decisão Ensinar sobre autovigilância Ensinar sobre complicações



Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz

Incentivar progresso

FOCO: PAPEL PARENTAL

CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO:

Papel Parental comprometido se:

- Volição para tomar conta (necessidades especiais) não demonstrado

OU

- Capacidade para tomar conta (necessidades especiais não demonstrado;

OU

- Conhecimento para tomar conta (necessidades especiais não demonstrado.

ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO:

Avaliar volição da mãe para tomar conta (necessidades especiais);

Avaliar capacidade da mãe para tomar conta (necessidades especiais);

Avaliar conhecimento da mãe para tomar conta (necessidades especiais);

DIAGNÓSTICO DEFINIDO:

Papel parental comprometido

INTERVENÇÕES:

Instruir a mãe e/ou pai a tomar conta de necessidades especiais

Instruir papel parental especial

Orientar mãe e/ou pai sobre papel parental especial



Ensinar a mãe e/ou o pai sobre complicações.

Ensinar a mãe e/ou o pai sobre necessidades especiais

Incentivar progressos

FOCO: PAPEL DE ESTUDANTE

CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO:

Papel de Estudante comprometido se:

- responsabilidades e comportamentos de estudante não demonstrados.

ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO:

Avaliar papel de estudante;

DIAGNÓSTICO DEFINIDO:

Sem compromisso do papel de estudante

INTERVENÇÕES:

Ensinar sobre o papel de estudante

Incentivar papel de estudante

Incentivar progressos

Orientar para consulta

Orientar para o serviço de saúde

Incentivar progressos



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



4. Capacitação da Comunidade Escolar

Como referido anteriormente, a criança passa grande parte do seu tempo na escola e, por isso, a comunidade escolar deve estar preparada para contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar dos alunos, orientando-se pelo princípio de que *“Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma Escola que promova a saúde e o bem-estar”* (Direção-Geral da Saúde, 2015).

As crianças com Necessidades de Saúde Especiais têm prioridade naquilo que toca a um ambiente escolar organizado, com recursos humanos e técnicos que favoreçam a aquisição de competências sociais que lhes permitam melhorar a sua gestão de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

As crianças com Diabetes *Mellitus* Tipo 1, têm necessidades de Saúde Especiais e, por isso, é necessário garantir que a Comunidade Escolar se encontra capaz de eliminar ou minimizar os fatores que possam impedir ou afetar a participação da criança na Escola.

A Capacitação da Comunidade Escolar foi elaborada à luz da Orientação “Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* tipo 1 na Escola” (Direção-Geral da Saúde, 2016) (ANEXO II: Formação aos Profissionais Escolares).

Nesta situação concreta, é importante que a comunidade escolar seja capaz de identificar se a criança J. está sob uma situação de hipoglicemia ou hiperglicemia, bem como ser capaz de apoiar ou substituir a criança J. na medição de glicemia e na atuação perante estas circunstâncias. É também importante que, mais especificamente, o professor de educação física, além do acima mencionado, seja capaz de perceber de que forma é possível a criança J. pode participar na atividade física e que cuidados devem ser tidos em conta. De forma ainda mais específica, deve ser atribuída 1 a 2 pessoas de referência, a quem lhes seja atribuída a responsabilidade de controlar a refeição fornecida pela escola, na medida em que sejam capazes de contar hidratos de carbono das refeições.

Desta forma, a capacitação da comunidade escolar engloba 4 momentos essenciais, determinados pelo público-alvo e as estratégias e conteúdos adequados a cada momento.

Com base na Orientação “Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* tipo 1 na Escola” (Direção-Geral da Saúde, 2016), é essencial que toda a comunidade escolar tenha o conhecimento



adequado para lidar com as circunstâncias específicas de uma criança com DM1, no entanto, a capacitação deve dar resposta ao nível de desenvolvimento de competências que a cada um tenha de desempenhar nas suas funções.

Desta forma, pareceu-me pertinente dividir da seguinte forma: 1ª sessão: pessoal docente; 2ª sessão: pessoal não-docente; 3ª sessão: docente de Educação Física; 4ª sessão: pessoa de referência.



Reflexão das Aprendizagens e Conclusão

O processo de elaboração de um estudo de caso, serviu fundamentalmente para o aprofundamento de uma forma estruturada e teoricamente fundamentada do acompanhamento de uma criança com NSE, no âmbito da Saúde Escolar.

Aprofundar desta forma o processo de enfermagem, permitiu-me mobilizar bastantes conhecimentos sobre a doença, mas também sobre a magnitude das intervenções de enfermagem.

Com este processo, trago para a minha prática uma noção global da inclusão da criança na escola, dando resposta às suas NSE, tendo em consideração as suas condições particulares de saúde e a sua autonomia. Com isto, permitindo que a criança permaneça na escola, com as mesmas oportunidades dos seus colegas.

A Saúde Escolar, no âmbito das NSE, abrange um todo do cuidado da criança, provando que o EESIP é o profissional mais apto para dar resposta a este cuidado, já que, a sua prestação, de nível avançado, pretende contribuir para *“responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança”* (Regulamento n.o 422/2018, 2018).

A gestão dos cuidados passa também pela referenciação a serviços específicos, fora do âmbito da enfermagem (por exemplo: psicóloga), mas o EESIP é o elo de ligação entre todos os intervenientes do cuidado, sejam a criança, os pais, a escola, os serviços hospitalares ou outros profissionais de saúde.

Foi através deste mergulho na gestão do cuidado à criança que consegui atingir um nível de compreensão mais denso sobre a gestão deste caso e perceber a magnitude e complexidade que exige trabalhar as necessidades de saúde especiais.

No entanto, foi também através desta imersão que fui capaz de perceber o impacto que a intervenção de enfermagem tem na melhoria da qualidade de vida das crianças e a posição privilegiada que o Enfermeiro de Saúde Escolar tem para contribuir para uma adaptação da criança na escola.



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO



Bibliografia

Carta da Criança Hospitalizada - 5ª Edição. (2017). Instituição de Apoio à Criança - IAC.

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*.

Direção-Geral da Saúde. (2016). Orientação nº 006/2016 de 23/11/2016. *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*.

Educação e Saúde - Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde. (2019). Despacho n.º 8297-C/2019, de 18 de setembro. *Diário da República n.º 179/2019, 1º Suplemento, Série II de 2019-09-18, páginas 5 - 7*.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Lusociência.

International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*.

International Diabetes Federation. (2022). *IDF Atlas Report - Type 1 diabetes numbers in children and adults*.

International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). (2018). ISPAD Position Statement on Type 1 Diabetes in Schools.

Nicholson, E., Ng, S. M., & Kar, P. (2021). *BMJ Best practice*. Obtido de Diabetes tipo 1.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Ordem dos Enfermeiros.



Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação.*

Regulamento n.º 101/2015 . (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.*

Regulamento n.o 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.*

Regulamento n.o 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.*



ANEXOS

ANEXO I: Modelo Plano de Saúde Individual



ANEXO 2

ORIENTAÇÃO Técnica 'Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola'



Plano de Saúde Individual (PSI) para crianças e jovens com
DIABETES Mellitus tipo 1

ARS: _____ ACES/ULS/Hospital: _____ Ano letivo: 20____/20____

1. Identificação

Criança/aluno/a (nome):		
Data Nascimento: ____/____/____ (dia/mês/ano) Sexo: M ☐ F ☐		
N.º utente do SNS: _____		
Pai/Mãe/ Encarregado/a de Educação (nome e contacto, incluindo correio eletrónico, caso tenha):		
Médico/a Família/ M. Assistente: Dr.(ª) _____		
Agrupamento de Escolas/Estabelecimento de Educação e Ensino que frequenta:		
Contacto da Escola:		
Contacto do Diretor AE:		
Contacto do Prof. Coordenador PES:		
Nível de Educação/Ensino: ☐ Pré-escolar ☐ 1ºCEB ☐ 2ºCEB ☐ 3ºCEB ☐ E. Secundário ☐ Outro. Qual?		
Ano de Escolaridade: _____ Turma: _____		
Professor titular/Diretor de Turma:		
Elemento(s) de referência na Escola:		
OBS:		

2. Contactos

2.1. EM CASO DE URGÊNCIA	Parentesco	Tel./t/m
1.º		
2.º		
3.º		
2.2. da Equipa de Saúde Escolar	Unidade de saúde	Tel./t/m
Enf.º		
Médico:		
Outro:		
2.3. do Enfermeiro/ Médico Família	UNIDADE de saúde	TEL./TLM
Enf.º		
Médico:		
Outro:		
2.4. da consulta da especialidade	Horário de atendimento	TEL./TLM
Nome:		
Enf.º		
Médico:		
Outro:		
OBS:		

3. Condição de Saúde



Descreva as condições de saúde que levaram à referenciação da criança/jovem para a equipa de Saúde Escolar.

Diagnóstico da Diabetes Mellitus Tipo 1 (episódio inicial, evolução e situação atual)

Outros antecedentes de saúde relevantes:

4. Intervenção na Escola

Assinale no quadro infra as **medidas de saúde** que terão de ser realizadas **na escola tendo em conta o horário da criança/jovem com DM1.**

4.1. INSULINOTERAPIA

(de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico)

Caneta de insulina ☐
Perfusão subcutânea contínua de insulina ☐
(bomba de insulina)

Pequeno-almoço ☐
Lanche do meio da manhã ☐
Almoço ☐
1.º lanche da tarde ☐
2.º lanche da tarde ☐
Outra: ☐
OBS:

4.2. AVALIAÇÃO E CONTROLO DA GLICEMIA CAPILAR

Pelo(s) elemento(s) de referência da Escola
(de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico)

Antes do pequeno-almoço ☐
Antes do lanche do meio da manhã ☐
Antes do almoço ☐
Antes do lanche da tarde ☐
Antes e após atividade física ☐
Outra avaliação: ☐
OBS:

4.3. REFEIÇÕES ESCOLARES

(Assinale as que são feitas na Escola de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico)

Exceções

Pequeno-almoço ☐
Lanche do meio da manhã ☐
Almoço ☐
Lanche da tarde ☐
Outra: ☐
OBS:

Dias de festa:
a) antes de comer fazer a determinação da Glicémia Capilar;
b) ajustar as doses de Insulina às porções que ingeriu ou vai ingerir.

4.4. EDUCAÇÃO FÍSICA E ATIVIDADES EXTRACURRICULARES

Descreva...
Atividade(s) que realiza semanalmente:
Dias e horas dessas atividades:
Duração continuada das atividades:
Cuidados a ter antes das atividades:
Necessidade de avaliação/reavaliação da glicémia durante a atividade:



Necessidade de reforço alimentar durante a atividade:
OBS:

4.5. NÍVEL DE AUTONOMIA da criança/Jovem com DIABETES MELLITUS tipo 1	Dependente	Autónomo	Necessita supervisão
Avaliação Glicémia Capilar	☐	☐	☐
Registos	☐	☐	☐
Administração de Insulina	☐	☐	☐
Correção da Hipoglicemia ligeira	☐	☐	☐
Correção Hiperglicemia	☐	☐	☐
Avaliação Corpos Cetónicos	☐	☐	☐
Contagem de Hidratos de Carbono	☐	☐	☐
OBS:			

5. RECOMENDAÇÕES DA EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR:

Na escola a criança/jovem com DM1 pode ter episódios de:

HIPÓGLICEMIA (Níveis baixos de açúcar no sangue – Glicémia inferior a ____mg/dl)
(informação no Plano Terapêutico)

Sintomas frequentes	Sintomas típicos deste aluno
Fome	☐
Tremores	☐
Suores frios	☐
Alterações de humor	☐
Sonolência	☐
Falta de concentração	☐
Palidez	☐
Dor abdominal	☐
Outros	

RECOMENDAS

Se a **Hipoglicémia LIGEIRA A MODERADA**: Agir de acordo com o Plano Terapêutico

Se a **criança/Jovem está INCONSCIENTE**: Colocar em Posição Lateral de segurança

- Não dar nada a comer ou beber
- Administrar **GLUCAGON** na dose recomendada
- Alertar o 112
- Contatar encarregado de educação/familiar



HIPERGLICEMIA (Níveis elevados de açúcar no sangue – Glicémia superior a ____mg/dl)
(informação no Plano Terapêutico)

Sintomas frequentes	Sintomas típicos deste aluno
Fome	☐
Boca seca	☐
Sede extrema	☐
Náusea ou vômitos	☐
Dor abdominal	☐
Respiração ofegante	☐
Sonolência	☐
Alteração do estado de consciência	☐
Outros:	



MEDIDAS:

Se glicémia superior a _____ mg/dl: Avaliar os Corpos cetónicos

1. Corpos cetónicos $\geq 0,6$ mmol/l:
2. Contactar de imediato pai/mãe/encarregado de educação/familiar

6. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL RATIFICADO POR:

Pai/Mãe/Encarregado de Educação	☐ (nome)
Diretor do Agrupamento de Escolas/Escola	☐ (nome)
Equipa de Saúde Escolar	☐ (nome)

Data da avaliação inicial: / /

Data prevista para a reavaliação: / /



AUTORIZAÇÃO DO PAI/MÃE/ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

(Modelo)

(Pai/Mãe/Encarregado de Educação) da criança/aluno/a autorizo os cuidados de controlo e tratamento da Diabetes *Mellitus* Tipo 1, conforme descrito neste Plano de Saúde Individual e concordo com a transmissão da informação contida no respetivo Plano aos profissionais da Escola envolvidos.

Data:

Assinatura(s) do Pai/Mãe/Encarregado de Educação

ANEXO II: Capacitação da Comunidade Educativa



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Capacitação da Comunidade Educativa

Necessidades de Saúde Especiais – Saúde Escolar

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

Por Ana Catarina Baptista dos Santos

Porto, outubro de 2024



Lista de Siglas e Abreviaturas

DM1 – Diabetes *Mellitus* Tipo 1

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

SE – Saúde Escolar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Introdução

O presente documento foi realizado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas.

No contexto de cuidados na comunidade, uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, é a Saúde Escolar, nomeadamente nas Necessidades De Saúde Especiais.

Este trabalho surgiu na sequência de um estudo de caso, em que foi referenciada uma criança com DM1, com 8 anos. O diagnóstico inaugurou-se antes do início do ano letivo e, pelas necessidades de saúde especiais desta criança, seria necessário capacitar a comunidade escolar, à luz do PNSE.

Desta forma, este documento traduz percurso realizado para a elaboração de uma atividade de capacitação da comunidade escolar, de forma a atingir um dos meus objetivos propostos para este estágio, definidos no meu projeto.

A atividade de capacitação da comunidade escolar dividiu-se em quatro partes: a primeira com a comunidade de docentes; a segunda com a comunidade de não docentes; a terceira com o professor de educação física; e, a quarta com a pessoa de referência. Esta divisão foi feita para conjugar mais facilmente os horários escolares e ajustar a informação a passar, com base no nível de interação e acompanhamento da criança.

O documento organiza-se em três partes: (i) o planeamento da atividade, onde são criteriosamente definidos os objetivos, estratégias e recursos, tendo em conta a especificidade e diferenças do público-alvo, bem como a organização da apresentação, explanada nos planos de ação; (ii) a execução, onde são mencionadas questões relativas à execução, como dificuldades e estratégias de adaptação; (iii) e, por fim, a conclusão.

Planeamento

O Planeamento em Saúde consiste num processo contínuo e dinâmico, onde existe uma interação permanente entre o planeamento e a realidade. É, por isso, um modelo teórico para uma ação futura, com o objetivo de tornar a realidade mais eficiente (Tavares, 1990, citado por Pereira, 2011 p. 3)

Neste sentido, o planeamento torna-se essencial para orientar a execução e adoção de novos comportamentos.

Neste contexto, será elaborado um planeamento para capacitar a comunidade escolar de forma a saberem prestar cuidados no âmbito da sua competência e responsabilidade, a uma criança com Diabetes *Mellitus* Tipo 2.

Análise de Situação

A necessidade de formação da comunidade escolar surgiu pela referenciação desta criança à equipa de SE. No âmbito do PNSE, após a referenciação, é função da equipa de SE, contribuir para a inclusão da criança na comunidade escolar de forma que a sua condição de saúde não tenha implicações para o seu percurso escolar. Desta forma surge a necessidade de capacitar a comunidade escolar, baseando-se no Plano de Saúde Individual (PSI)(Direção-Geral da Saúde, 2015).

Enquadramento Teórico

A Diabetes *Mellitus* do tipo 1 é um distúrbio metabólico, onde há uma deficiência absoluta de insulina, que se desenvolve pela destruição das células beta-pancreáticas, principalmente por mecanismos mediados imunologicamente e, que consequentemente, leva a hiperglicemia (Direção-Geral da Saúde, 2019) (Nicholson, Ng, & Kar, 2021).

Em Portugal, 3 312 crianças e jovens (< 20 anos), são diagnosticados com Diabetes Tipo 1 (International Diabetes Federation, 2022). Isto significa que grande parte da faixa etária representada frequenta o ensino escolar. O número de jovens com diabetes que frequentam a escola está a aumentar, o que acarreta grandes encargos para as famílias, os sistemas de saúde e para as escolas (Lawrence, et al., 2022).

As crianças geralmente passam mais de metade do tempo na escola e em atividades do âmbito escolar ou extracurriculares, pelo que ficam afastados da supervisão parental.

Além disto, é na escola que executam muitas das atividades que estão intimamente ligadas ao processo da doença, tais como as refeições e o exercício físico (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), 2018).

As crianças com diabetes não devem ser deslocadas da sua vivência escolar num todo e espera-se que as crianças com diabetes tenham “*as mesmas oportunidades que os seus pares sem diabetes, participando em todas as atividades curriculares e não curriculares*” (Educação e Saúde - Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde, 2019)

A Saúde Escolar elabora o Plano de Saúde Individual, em articulação com os serviços de saúde, a comunidade escolar e os pais/Encarregados de Educação, potenciando o desempenho escolar da criança, tendo em conta a situação clínica da criança e os fatores ambientais, facilitadores e/ou barreiras do contexto escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Desta forma, a comunidade escolar deve estar preparada para contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar dos alunos, orientando-se pelo princípio de que “*Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma Escola que promova a saúde e o bem-estar*” (Direção-Geral da Saúde, 2015).

As crianças com Necessidades de Saúde Especiais têm prioridade naquilo que toca a um ambiente escolar organizado, com recursos humanos e técnicos que favoreçam a aquisição de competências sociais que lhes permitam melhorar a sua gestão de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

As crianças com Diabetes *Mellitus* Tipo 1, têm necessidades de Saúde Especiais e, por isso, é necessário garantir que a Comunidade Escolar se encontra capaz de eliminar ou minimizar os fatores que possam impedir ou afetar a participação da criança na Escola.

A Capacitação da Comunidade Escolar foi elaborada à luz da Orientação “Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* tipo 1 na Escola” (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Formulação de Objetivos

Os objetivos desta formação são os seguintes:

- **Objetivos Gerais:**

- Aplicar o PSI na comunidade escolar;
- Sensibilizar a comunidade escolar para a intervenção junto das crianças e jovens com DM1 que frequentam a escola;
- Ensinar e instruir a comunidade escolar sobre as NSE da criança J.
- Contribuir para a melhoria da literacia da comunidade escolar sobre a DM1.

- **Objetivos Específicos Docentes**

- Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar;
- Ensinar sobre Diabetes *Mellitus* tipo 1 à comunidade docente;
- Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia;
- Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Esclarecimento de dúvidas;

- **Objetivos Específicos Não Docentes**

- Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar;
- Ensinar sobre Diabetes *Mellitus* tipo 1 à comunidade escolar;
- Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia;
- Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia
- Esclarecimento de dúvidas;

- **Objetivos Específicos Docente de Educação Física**

- Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar;

- Ensinar sobre Diabetes *Mellitus* tipo 1 à comunidade docente;
- Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia;
- Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Ensinar sobre exercício físico na Diabetes *Mellitus* tipo 1;
- Esclarecimento de dúvidas;

- **Objetivos Específicos Pessoas de Referência**

Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar;

- Ensinar sobre Diabetes *Mellitus* tipo 1 à comunidade docente;
- Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia;
- Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Ensinar sobre alimentação na Diabetes *Mellitus* tipo 1;
- Instruir sobre contagem de Hidratos de Carbono;
- Esclarecimento de dúvidas;

Seleção e Organização do Conteúdo

Para esta atividade de formação serão abordados os seguintes conteúdos:

- **Comunidade Docente**

- Legislação em vigor sobre DM1 na escola;
- Plano de Saúde Individual;
- Definição de Diabetes Mellitus Tipo 1;
- Sintomas de Hipoglicemia e Hiperglicemia;
- Técnica de medição de glicemia capilar;
- Apresentação da “bomba” de perfusão subcutânea contínua de insulina;
- Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Como utilizar a medicação de SOS;

- **Comunidade Não Docente**

- Legislação em vigor sobre DM1 na escola;
- Definição de Diabetes Mellitus Tipo 1;
- Sintomas de Hipoglicemia e Hiperglicemia;
- Técnica de medição de glicemia capilar;
- Apresentação da “bomba” de perfusão subcutânea contínua de insulina;
- Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Como utilizar a medicação de SOS;

- **Docente de Educação Física**

- Legislação em vigor sobre DM1 na escola;
- Plano de Saúde Individual;
- Definição de Diabetes Mellitus Tipo 1;

- Sintomas de Hipoglicemia e Hiperglicemia;
- Técnica de medição de glicemia capilar;
- Apresentação da “bomba” de perfusão subcutânea contínua de insulina;
- Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Como utilizar a medicação de SOS;
- Exercício físico e DM1;

- **Pessoas de Referência**

- Legislação em vigor sobre DM1 na escola;
- Plano de Saúde Individual;
- Definição de Diabetes Mellitus Tipo 1;
- Sintomas de Hipoglicemia e Hiperglicemia;
- Técnica de medição de glicemia capilar;
- Apresentação da “bomba” de perfusão subcutânea contínua de insulina;
- Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Como utilizar a medicação de SOS;
- Alimentação e DM1;
- Contagem de hidratos de Carbono;

Estratégia e Recursos

Para a apresentação da atividade, será adotado o método participativo-ativo, com técnica expositiva através do auxílio de slides (formato PowerPoint – anexo I):

- **Comunidade Docente**

Slides: nº1 ao nº27, com ajuste de prioridades face às responsabilidades e proximidade da criança.

- **Comunidade Não Docente**

Slides: nº1 ao nº27, exceto nº3, com ajuste de prioridades face às responsabilidades e proximidade da criança.

- **Docente de Educação Física**

Slides: nº1 ao nº30, com ajuste de prioridades face às responsabilidades e proximidade da criança.

- **Pessoas de Referência**

Slides: nº1 ao nº36, com ajuste de prioridades face às responsabilidades e proximidade da criança.

Plano de Ação

O plano de ação é ajustado conforme a categoria profissional e as temáticas mais pertinentes às suas funções, baseado nos objetivos específicos.

- **Comunidade Docente**

Formação: Crianças e Jovens com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1 na Escola – PSI Criança J. Formador: Estudante MESIP Ana Catarina Santos Formandos: Comunidade Docente Tempo previsto: 2 horas							
MOMENTO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA		MÉTODO	AVALIAÇÃO	TEMPO
			ATIVIDADES	RECURSOS			
INTRODUÇÃO	- Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar	Legislação sobre NSE e o papel da comunidade escolar	Exposição oral e apresentação de slides.	Computador	Expositivo		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Ensinar sobre Diabetes Mellitus tipo 1; - Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia; - Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;	Definição de DM1; Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia; Medição da glicemia capilar; Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia conforme PSI;	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		1h20min
CONCLUSÃO	- Sistematizar a sessão; - Esclarecimento de dúvidas;	Síntese de conteúdos; Esclarecimento de dúvidas;	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		30 minutos



		Encerramento da sessão.					
--	--	----------------------------	--	--	--	--	--



• **Comunidade Não Docente**

Formação: Crianças e Jovens com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1 na Escola – PSI Criança J. Formador: Estudante MESIP Ana Catarina Santos Formandos: Comunidade Não Docente Tempo previsto: 2 horas							
MOMENTO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA		MÉTODO	AVALIAÇÃO	TEMPO
			ATIVIDADES	RECURSOS			
INTRODUÇÃO	- Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar	Legislação sobre NSE e o papel da comunidade escolar	Exposição oral e apresentação de slides.	Computador	Expositivo		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Ensinar sobre Diabetes Mellitus tipo 1; - Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia; - Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia;	Definição de DM1; Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia; Medição da glicemia capilar; Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia conforme PSI;	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		1h20min
CONCLUSÃO	- Sistematizar a sessão; - Esclarecimento de dúvidas;	Síntese de conteúdos; Esclarecimento de dúvidas; Encerramento da sessão.	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		30 minutos

• **Docente de Educação Física**



Formação: Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na Escola – PSI Criança J.

Formador: Estudante MESIP Ana Catarina Santos

Formandos: Docente de Educação Física;

Tempo previsto: 2 horas

MOMENTO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA		MÉTODO	AVALIAÇÃO	TEMPO
			ATIVIDADES	RECURSOS			
INTRODUÇÃO	- Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar	Legislação sobre NSE e o papel da comunidade escolar	Exposição oral e apresentação de slides.	Computador	Expositivo		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Ensinar sobre Diabetes Mellitus tipo 1; - Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia; - Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia; - Instruir face ao plano terapêutico relacionado com a atividade física.	Definição de DM1; Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia; Medição da glicemia capilar; Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia; Como atuar face ao exercício físico;	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		1h20min
CONCLUSÃO	- Sistematizar a sessão; - Esclarecimento de dúvidas;	Síntese de conteúdos; Esclarecimento de dúvidas; Encerramento da sessão.	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		30 minutos



• **Pessoas de Referência**

Formação: Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na Escola – PSI Criança J.

Formador: Estudante MESIP Ana Catarina Santos

Formandos: Pessoas de Referência

Tempo previsto: 2 horas

MOMENTO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA		MÉTODO	AVALIAÇÃO	TEMPO
			ATIVIDADES	RECURSOS			
INTRODUÇÃO	- Identificar o tema como pertinente na comunidade escolar	Legislação sobre NSE e o papel da comunidade escolar	Exposição oral e apresentação de slides.	Computador	Expositivo		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Ensinar sobre Diabetes Mellitus tipo 1; - Ensinar sobre identificar hipoglicemia e hiperglicemia; - Instruir sobre como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia; - Instruir sobre contagem de hidratos de carbono e supervisão de refeições;	Definição de DM1; Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia; Medição da glicemia capilar; Como atuar em caso de hipoglicemia e hiperglicemia conforme PSI; como contar hidratos de carbono.	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		1h20min
CONCLUSÃO	- Sistematizar a sessão; - Esclarecimento de dúvidas;	Síntese de conteúdos; Esclarecimento de dúvidas; Encerramento da sessão.	Exposição oral e apresentação de slides	Computador	Expositivo; ativo;		30 minutos



Execução

Durante a atividade foram encontradas algumas dificuldades, que serão listadas abaixo, assim como as estratégias utilizadas.

⇒ Resistência da comunidade escolar a assumir a responsabilidade

Durante as formações à comunidade escolar, esta foi a principal dificuldade encontrada. Uma vez que foram instruídas técnicas do foro da saúde, era frequente manifestarem-se muitas inquietações sobre a responsabilidade de execução das mesmas. Estas inquietações foram atendidas e tidas em relevância perante o medo de alguns profissionais da comunidade escolar. Mas, sobretudo, os profissionais foram tranquilizados e foi explicado que o mais importante era ajudar a criança, diminuindo os riscos para a mesma, em prol da “técnica perfeita”.

Conclusão

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria tem um papel determinante no âmbito da comunidade, concretizado no âmbito da Saúde Escolar e, sobretudo evidente na área das Necessidades De Saúde Especiais.

Este trabalho foca-se no percurso realizado para a elaboração de uma atividade de capacitação da comunidade escolar, sendo parte integrante do estudo de caso realizado.

Ter a oportunidade de realizar, com tanta proximidade a capacitação da comunidade escolar foi um marco importante para o meu percurso e para a obtenção de competências na área da Saúde Infantil e Pediatria.

As dificuldades encontradas foram ultrapassadas, de forma linear, fruto de uma boa preparação sobre a temática, bem como pela capacidade de comunicar com grupos.

A atividade de capacitação da comunidade escolar permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a patologia, mas sobretudo sobre as questões pertinentes à Enfermagem, integrante no contexto da comunidade, à luz do Plano Nacional de Saúde Escolar.

Bibliografia

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Orientação nº 006/2016 de 23/11/2016. *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*.
- Educação e Saúde - Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde. (2019). Despacho n.º 8297-C/2019, de 18 de setembro. *Diário da República n.º 179/2019, 1º Suplemento, Série II de 2019-09-18, páginas 5 - 7*.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Lusociência.
- International Diabetes Federation. (2022). *IDF Atlas Report - Type 1 diabetes numbers in children and adults*.
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). (2018). ISPAD Position Statement on Type 1 Diabetes in Schools.
- Nicholson, E., Ng, S. M., & Kar, P. (2021). *BMJ Best practice*. Obtido de Diabetes tipo 1.
- Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: uma proposta*.

ANEXO I – Apresentação formato *PowerPoint*



DIABETES MELLITUS: não confundir

TIPO 1

o pâncreas NÃO produz insulina

TIPO 2

as células não respondem bem à insulina e/ou
o pâncreas não produz insulina suficiente

ACEs DGS Programa Nacional para a Diabetes

7

GLICEMIA = GLICOSE NO SANGUE

Para uma criança com diabetes tipo 1:

70 mg/dL 250mg/dL

ACEs DGS Programa Nacional para a Diabetes

8

SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA

ACEs DGS Programa Nacional para a Diabetes

9

CAUSAS:

Hipoglicemia pode ser causada por:

- Excesso de insulina
- Poucos hidratos de carbono na alimentação
- Excesso de exercício
- Atraso ou mau planeamento das refeições

ACEs DGS Programa Nacional para a Diabetes

10

HIPERGLICEMIA

ACEs DGS Programa Nacional para a Diabetes

11

Como medir a glicemia?

ACEs DGS Programa Nacional para a Diabetes

12



13



14



15



16



17



18

SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA

ACEs
DGS
Programa Nacional para a Diabetes

19

HIPOGLICEMIA - COMO ATUAR

Se glicemia capilar entre 54-70mg/dl:

- Parar qualquer tipo de atividade
- Ingerir 2 pacotes de açúcar
- Reavaliar a glicemia capilar 15 minutos depois

Se glicemia continuar entre 54-70mg/dl:
Repetir processo anterior

Se glicemia entre 54-70mg/dl e não for hora da refeição:
Ingerir mais pão ou 3 bolachas Maria (hidratos de carbono de absorção lenta) – evitar recorrência de hipoglicemia

ACEs
DGS
Programa Nacional para a Diabetes

20

HIPOGLICEMIA - COMO ATUAR

Se glicemia capilar <54mg/dl ou tiver sintomas:

- Desligar a bomba até correção da hipoglicemia
- Ingerir 2 pacotes de açúcar
- Reavaliar a glicemia capilar 15 minutos depois

Se glicemia continuar < 70mg/dl:
Repetir processo anterior

Se glicemia > 70mg/dl e não for hora da refeição:
Ingerir mais pão ou 3 bolachas (hidratos de carbono de absorção lenta) – evitar recorrência de hipoglicemia

NOTA: Não esquecer de ligar a bomba, assim que haja estabilidade glicémica e ausência de sintomas.

ACEs
DGS
Programa Nacional para a Diabetes

21

HIPOGLICEMIA - COMO ATUAR

Se hipoglicemia com perda de consciência

- Não dar nada para comer ou beber
- Colocar em Posição Lateral de Segurança
- Parar a bomba de insulina
- Confirmar hipoglicemia com a picada no dedo
- Administrar GLUCAGON nasal (BAQSIMI)
- Ligar 112
- Assim que recuperar a consciência deverá ingerir hidratos de carbono de absorção rápida (ex. 3 a 4 pacotes de açúcar).
- Verificar glicemia capilar 15 minutos depois e atuar de acordo com o valor obtido

ACEs
DGS
Programa Nacional para a Diabetes

22

HIPOGLICEMIA - COMO ATUAR

Se hipoglicemia com perda de consciência

PS: Não pressionar o êmbolo antes de introduzir na narina.

ACEs
DGS
Programa Nacional para a Diabetes

23

HIPERGLICEMIA

ACEs
DGS
Programa Nacional para a Diabetes

24

HIPERGLICEMIA - COMO ATUAR

Se glicemia capilar superior a 250mg/dl (hiperglicemia)

➢ AVALIAR A CETONEMIA (corpos cetónicos no sangue)

Se inferior a 0,6 mmol/L: Administrar bôlus corretor com a bomba



25

HIPERGLICEMIA - COMO ATUAR

Se glicemia capilar superior a 250mg/dl (hiperglicemia)

➢ AVALIAR A CETONEMIA (corpos cetónicos no sangue)

Se igual ou superior a 0,6mmol/L

- Não deve comer
- Deve beber água
- Desconectar a bomba → introduzir 0g de Hidratos de Carbono para a bomba calcular o valor de insulina a colocar na caneta
- Administrar o bôlus corretor de insulina com a caneta (FIASPI)
- Verificar o funcionamento geral da bomba/sistema de perfusão e substituir o cateter QU continue a administrar insulina com as canetas



26

HIPERGLICEMIA - COMO ATUAR

IR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- vômitos contínuos
- glicemia continuar elevada, apesar do tratamento com insulina
- dor de barriga, língua seca ou sonolência
- respiração ofegante
- diminuição de urina



27

EXERCÍCIO FÍSICO

alunos diabéticos



SEM qualquer impedimento à sua prática



inclusão completa na vida normal da Escola



28

EXERCÍCIO FÍSICO

- ↑ absorção de insulina
- ↑ consumo de glicose



Avaliar glicemia ANTES DO EXERCÍCIO FÍSICO



29

EXERCÍCIO FÍSICO

EXERCÍCIO FÍSICO - COMO PROCEDER:

AVALIAR GLICEMIA CAPILAR ANTES E APÓS O EXERCÍCIO

- Se glicemia < 70mg/dl:
Correção da hipoglicemia e só depois realizar exercício
- Se glicemia INFERIOR A 90mg/dl
Ingerir 10 a 20g de hidratos de carbono de absorção lenta (pão ou bolachas) antes de iniciar o exercício
- Apenas iniciar quando glicemia > 90mg/dl
- Se glicemia entre 90-124mg/dl:
Se exercício leve, pode iniciar
- Se exercício mais intenso, deve ingerir 10g de hidratos de carbono de absorção lenta (pão ou bolachas)
- Se glicemia entre 126-269mg/dl:
Pode efetuar exercício de imediato
- Se glicemia > 270mg/dl – AVALIAR CETONEMIA:
Se cetonemia negativa – pode efetuar exercício se não for intenso
- Se cetonemia positiva – não pode praticar exercício e deverá administrar bôlus corretor de insulina



30

Sessão Prática

ACeS
Associação Portuguesa de Dietistas e Nutricionistas

DGS
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional
para a Diabetes

31

ALIMENTAÇÃO

SEM DIABETES = COM DIABETES
ATENÇÃO aos HIDRATOS DE CARBONO (HC) - ALTERAM O VALOR DO AÇÚCAR NO SANGUE

- pão, cereais, grãos
- massa, arroz, batata
- milho, ervilhas, favas
- fruta e sumos de fruta
- chocolates, bolachas
- açúcar e outros doces
- produtos lácteos, exceto queijo



ACeS
Associação Portuguesa de Dietistas e Nutricionistas

DGS
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional
para a Diabetes

32

CONTAR CARBOIDRATOS



NÃO CONTAR



33

Exercício de contagem de hidratos

Almoço:

- 1 prato de sopa;
- 80g de arroz de cenoura e 125g de panado;
- Uma peça sem casca 86g;

Quanto hidrato o João vai ingerir?

Consultando a tabela de equivalentes, verifica-se que:

- 1 prato sopa - 10Hc
- 100g de arroz de cenoura - 20Hc
- 100g de panado - 8Hc
- 100g de peça sem casca - 10Hc

Contas (usar regras de três simples):

Arroz Cenoura		
100g — 20Hc	X=	(80x20):100= 16Hc
80g — X		
Panado		
100g — 8Hc	X=	(125x8):100= 10Hc
125g — X		
Peça sem casca		
100g — 10Hc	X=	(86x10):100= 8,4Hc
86g — X		

10Hc+ 16Hc+ 10Hc+ 8,4Hc= 44,4Hc

34

Exercício de contagem de hidratos

Almoço:

- 1 prato de canja;
- 125g de massa, 2 unidades de douradinhos e 30g de tomate;
- 110g de ameixa branca;

Quanto hidrato o João vai ingerir?

Consultando a tabela de equivalentes

ACeS
Associação Portuguesa de Dietistas e Nutricionistas

DGS
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional
para a Diabetes

35

Exercício de contagem de hidratos

Almoço:

- 1 prato de canja;
- 125g de massa, 2 unidades de douradinhos e 30g de tomate;
- 110g de ameixa branca;

Quanto hidrato o João vai ingerir?

Consultando a tabela de equivalentes, verifica-se que:

- 1 prato canja - 12Hc
- 100g de massa - 20Hc
- 1 unidade de douradinho - 5Hc
- 100g de tomate - 5Hc
- 110g de ameixa branca - 10Hc

Contas (usar regras de três simples):

Massa		
100g — 20Hc	X=	(125x20):100= 25Hc
125g — X		
Douradinho		
1 — 5Hc	X=	(5x2):1= 10Hc
2 — X		
Tomate		
100g — 5Hc	X=	(30x5):100= 1,5Hc
30g — X		
Ameixa Branca		
100g — 10Hc	X=	(110x10):100= 11Hc
110g — X		

12Hc+ 25Hc+ 10Hc+ 1,5Hc+ 11Hc= 59,5Hc

36



Apêndice III - Revisão da Literatura



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA O PLANEAMENTO DA ALTA AOS PREMATUROS COM DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO DA LITERATURA

Por

Ana Catarina Baptista dos Santos

Porto, março 2025



**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA O PLANEAMENTO DA ALTA AOS
PREMATUROS COM DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO DA LITERATURA**

***NURSING CARE FOR THE PLANNING OF THE DISCHARGE OF
PREMATURE INFANTS WITH CHRONIC DISEASE: LITERATURE REVIEW***

Por

Ana Catarina Baptista dos Santos

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

Porto, março 2025



RESUMO

A doença crónica é uma preocupação do Enfermeiro, tendo um papel fundamental na resposta às necessidades do doente pediátrico e da sua família. Os Enfermeiros podem ter impacto no cuidado a estas crianças e famílias, na transição para a parentalidade em situações de doença crónica. Na neonatologia, a prematuridade e os cuidados ao doente prematuro são uma particularidade desta área. Os cuidados são cada vez mais exigentes, mas também mais potenciadores de melhores resultados de saúde. Por outro lado, fruto dos avanços na saúde e tecnológicos, o aumento da sobrevivência de crianças com necessidades de saúde complexas e condições que anteriormente eram rapidamente fatais, tem sido exponencial. Desta forma, o objetivo desta revisão é perceber quais os cuidados de Enfermagem para o planeamento da alta de prematuros com doença crónica.

Foi realizada uma revisão da literatura através das bases de dados disponíveis online, utilizando os Descritores em Saúde, de forma a obter resultados acometidos a um espaço temporal de 5 anos e estando publicados em revistas analisadas por pares. Foi posteriormente feita uma seleção criteriosa de forma a responderem à questão de investigação.

Foram analisados 5 estudos após a seleção. Nos estudos selecionados foram elencados cuidados de Enfermagem de natureza diversa: aplicar a escala CAMPIS, de forma a avaliar a sua capacidade de cuidar do bebé; utilizar a Intervenção H-HOPE (Hospital to Home: Optimizing the Preterm Infant's Environment); Realizar sessões de treino em grupo; utilizar materiais escritos, gravações de áudio ou vídeos; realizar programas de preparação para a alta em formato online; utilizar aplicações para smartphones; utilizar serviços de tele-saúde; fazer aconselhamento on-line; realizar simulações; Avaliação e identificação do stress das mães (escala PSS:NICU); e promover o contacto das mães com os bebés doentes e apoiar na compreensão da doença. No entanto, os estudos realçam sobretudo a adequação das intervenções de forma individualizada, ajustando cada intervenção a cada mãe/família/bebé, tendo em conta as suas características, condições e dificuldades.

À semelhança do que era esperado, os estudos enaltecem a importância das intervenções para o planeamento de uma alta segura. Estas intervenções baseiam-se na capacitação de habilidades das mães e dos pais de recém-nascidos prematuros e consistem sobretudo numa abordagem individualizada a cada família. As intervenções elencadas são do escopo dos enfermeiros e permitem garantir uma alta para domicílio com segurança. A maioria dos estudos refere também a importância do seguimento pós-alta, com cuidados domiciliários.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Prematuro; Planeamento da alta; Doença Crónica.

ABSTRACT

Chronic disease is a concern of nurses, playing a fundamental role in responding to the needs of pediatric patients and their families. Nurses can have an impact on the care of these children and families, on the transition to parenthood in situations of chronic disease. In neonatology, prematurity and care for premature patients are a particularity of this area. The nursing care is increasingly demanding, but also more enhancers of better health outcomes. On the other hand, because of advances in health and technology, the increase in the survival of children with complex health needs and conditions that were previously quickly fatal has been exponential. The main goal of this study is to understand what nursing care is needed for the planning of the discharge of premature infants with chronic disease.

A literature review was carried out through the databases available online, using the Health Descriptors, to obtain results affected by a time span of 5 years and being published in peer-reviewed journals. Subsequently, a careful selection was made to answer the research question.

We analysed 5 studies after selection. In the selected studies, Nursing care of different nature were listed: apply the CAMPIS scale, in order to assess the ability of mothers to care for their baby; use the H-HOPE Intervention (Hospital to Home: Optimizing the Preterm Infant's Environment); Conduct group training sessions; use written materials, audio recordings or videos; discharge preparation programs using online format; use smartphone apps; use telehealth services; online counseling; perform simulations; assessment and identification of mothers' stress (PSS:NICU scale); and promote the contact of mothers with sick babies and to support the understanding of the disease. In addition, studies mainly emphasize the adequacy of interventions in an individualized way, adjusting each intervention to each mother/family/baby, considering their characteristics, conditions and difficulties.

As expected, the studies praise the importance of interventions for planning a safe discharge. These interventions are based on the skills training of mothers and fathers of premature newborns and consist mainly of an individualized approach to each family. The interventions listed are under the scope of the nurses and allow a safe discharge of the premature and family. Most studies also refer to the importance of post-discharge follow-up, with home care.

Keywords: Nursing Care; Infant Premature; Discharge Planning; Chronic Disease

Introdução

O presente documento foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas, que resulta de um processo de investigação científica acerca de um fenómeno de Enfermagem.

A investigação científica permite adquirir novos conhecimentos, através de um processo sistemático e rigoroso, que consiste em descrever, explicar, prever e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos. Ou seja, obter respostas para questões que se desejam aprofundar (Fortin, 2009). Assim, a Investigação em Enfermagem segue também estes moldes, utilizando métodos sistemáticos, com o objetivo de desenvolver, refinar e ampliar o conhecimento em Enfermagem (International Council of Nurses, 2012, p. 6).

Esta revisão da literatura reflete o estudo sobre a problemática dos cuidados de enfermagem para o planeamento da alta aos prematuros com doença crónica, de modo a contribuir para o desenvolvimento contínuo da profissão, adequando os cuidados de Enfermagem às necessidades dos clientes, através da aquisição e/ou produção de conhecimentos científicos.

A natureza do problema de investigação surgiu pela afinidade com a área da neonatologia e pela motivação de aprofundar os meus conhecimentos científicos e, como tal, melhorar a minha prática.

Deste modo, este trabalho, expõe o percurso metodológico adotado para a realização da revisão da literatura, relativamente a este fenómeno de Enfermagem. Assim, o mesmo inclui, nos próximos capítulos: a problemática, onde será feita uma contextualização da temática de pesquisa; a questão de investigação; o tipo de estudo elegido; o material e métodos utilizados para a pesquisa, incluindo o protocolo de pesquisa; os resultados da pesquisa; a discussão dos resultados; e, por fim, as conclusões obtidas.

Problemática

A doença crónica é uma preocupação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tendo um papel fundamental na resposta às necessidades do doente pediátrico e da sua família, fazendo jus à competência específica “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (Regulamento n.o 422/2018, 2018).

A OMS define doença crónica como: “*Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.*”

No estágio passado no serviço de Pediatria Médica tive oportunidade de me deparar com um número de doentes crónicos muito elevado. Esta observação e este contato permitiram perceber o impacto que os Enfermeiros Especialistas podem ter no cuidado a estas crianças e famílias, quer na transição para a parentalidade em situações de doença crónica, como também na adaptação da criança e família com doença crónica no seu processo de vida, nos seus contextos pessoais e sociais.

Além disto o meu interesse pela área de neonatologia norteia não só a minha prática profissional, mas também o meu investimento académico. Por estas razões, e aproveitando o sumo que tirei do estágio precedente, faz-me sentido abordar o papel do enfermeiro na doença crónica ou necessidade de cuidados após a alta da neonatologia.

Como é de conhecimento, uma das áreas mais particulares da neonatologia é a prematuridade e os cuidados ao doente prematuro. Estes que são cada vez mais exigentes, mas também mais potenciadores de melhores resultados de saúde. Por outro lado, fruto dos avanços na saúde e tecnológicos, o aumento da sobrevivência de crianças com necessidades de saúde complexas e condições que anteriormente eram rapidamente fatais, tem sido exponencial (Lacerda, Oliveira, Cancelinha, & Lopes, 2019)

Os bebés prematuros têm um risco de mortalidade 2-10 vezes superior do que bebé de termo e são particularmente vulneráveis a dificuldades respiratórias, dificuldade na alimentação, no crescimento e na regulação de temperatura, bem como ao risco de infeção (World Health Organization, 2022, 2023a). A imaturidade do RNPT é visível na sua

vulnerabilidade a determinadas doenças e apresentam também maior risco de desenvolver défices de desenvolvimento e, também, desenvolver doenças crónicas no início da idade adulta, sendo que, quanto mais prematuro, maior os riscos e as necessidades de saúde (Ramos et al., 2020; World Health Organization, 2022).

Os cuidados ao RNPT devem ir de encontro ao seu desenvolvimento, sendo fundamental a promoção do vínculo do bebé com a sua família e cuidar com os pais como parceiros de cuidados (Als, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2011; Ramos et al., 2020).

A preparação da alta do RNPT, deve seguir os mesmos trâmites, baseada na realidade concreta da família, tratando-se de um processo contínuo de adaptação ao novo contexto e adaptação às necessidades da criança e família, tendo em conta o seu grau de diferenciação e dependência de cuidados (Araujo et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Desta forma, o meu interesse é perceber quais os cuidados de Enfermagem para o planeamento da alta de prematuros com doença crónica. Assim sendo, o meu trabalho será nortear uma pesquisa que possa dar resposta a este interesse.

Questão de Investigação

A questão de investigação foi elaborada rigorosamente através do método “PICO”, que é um acrónimo para: P- população- grupo de indivíduos com uma condição; I- intervenção- pode ser terapêutica, diagnóstica, preventiva, prognóstica; C- comparação- com que se vai comparar a intervenção: um controlo, um tratamento, medicação, um procedimento cirúrgico, ou nenhuma; O - resultado (do inglês, *outcome*) - resultado esperado (Donato & Donato, 2019).

Desta forma, a questão de investigação é a seguinte: quais os cuidados de Enfermagem para o planeamento da alta aos prematuros com doença crónica?

Tipo de Estudo

Face à questão de pesquisa foi realizada uma revisão da literatura pois permite conhecer a evidência científica que se encontra publicada sobre esta problemática, e também, trazer contributos que podem ser transferíveis para a minha prática de trabalho.

A revisão da literatura consiste em agrupar a informação existente relacionada à questão preliminar, com vista a saber o que foi escrito sobre o tema e adequar à atualidade dos conhecimentos (Fortin, 2009).

É um método de investigação científica que utiliza processos rigorosos e um exame crítico das publicações (Fortin, 2009). Desta forma, será também mais fácil retirar conclusões mais confiáveis, significativas e que permitam tomar melhores decisões.

Esta metodologia deve ser explícita e reprodutível.

Material e Métodos

Para a realização da revisão da literatura utilizou-se um protocolo de pesquisa.

Protocolo de Pesquisa

O protocolo de pesquisa serve para explicitar o processo executado na pesquisa bibliográfica, até à obtenção da amostra do estudo.

Mapa de conceitos

O mapa de conceitos destina-se a esclarecer quais os termos utilizados na pesquisa bibliográfica, de forma que sejam os mais adequados.

Questão de Partida:

- Quais os cuidados de Enfermagem para o planeamento da alta aos prematuros com doença crónica?

P- Prematuros com doença crónica

I- Cuidados de Enfermagem

C- Nenhum

O- Planeamento da alta

Conceito: cuidados de Enfermagem

Contexto: UCIN

População: prematuros com doença crónica

Descritores em saúde:

Descritor em Português	Recém-Nascido Prematuro
Descritor em Inglês	Infant, Premature
Lactente humano nascido antes de 37 semanas de gestação	

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Descritor em Português	Cuidados de Enfermagem
Descritor em Inglês	Nursing Care
Cuidados prestados ao paciente pela equipe de Enfermagem.	

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Descritor em Português	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
Descritor em Inglês	Intensive Care Units, Neonatal
Unidades hospitalares que proveem assistência intensiva e contínua a recém-nascidos em estado grave.	

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Descritor em Português	Alta do Paciente
Descritor em Inglês	Patient Discharge
Processo administrativo de saída de um paciente de uma instituição de saúde, vivo ou morto; inclui altas hospitalares e de centros de saúde.	

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Descritor em Português	Doença Crónica
Descritor em Inglês	Chronic Disease



Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado. Para estudos epidemiológicos, doenças crônicas muitas vezes incluem cardiopatias, acidente vascular cerebral, neoplasias e diabetes (diabetes mellitus tipo 2).

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.



Conceitos:

	Conceito #1	Conceito #2	Conceito #3	Conceito #4
Palavras-chave (termos de pesquisa)	“Nursing Interventions”	“Preterm Infants”	“Discharge Planning”	“Chronic Disease”
Descritores MeSH	“Nursing Care”	“Infant, Premature”	“Discharge Planning”	“Chronic Disease”

Operadores booleanos:

AND	OR	NOT
Combina os termos da pesquisa para que cada resultado da pesquisa contenha todos os termos.	Combina os termos da pesquisa para que cada resultado da pesquisa contenha no mínimo um dos termos	Exclui termos para que cada resultado da pesquisa não contenha nenhum dos termos especificados.

Fonte: EBSCO. (novembro de 2018). Pesquisa com Operadores Booleanos. Obtido de EBSCO: https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-OperadoresBooleanos?language=en_US

Tabela de conceitos:

Conceito #1		Conceito #2		Conceito #3		Conceito #4
“Nursing care”		“Infant Premature”				
OR	AND	OR	AND	“Discharge Planning”	AND	“Chronic Disease”
“Nursing interventions”		“Preterm Infants”				

Equação de Pesquisa:

Através da VPN da Universidade Católica Portuguesa-Porto, tive acesso ao agregador de bases de dados EBSCO.

Base de Dados/ Agregador de Bases de Dados	Equação de Pesquisa	n
EBSCO	(“Nursing Care” OR “Nursing Interventions”) AND (“Infant Premature” OR “Preterm Infants”) AND “Discharge Planning” AND “Chronic Disease”	72 492

CrITÉRIOS de inclusão:

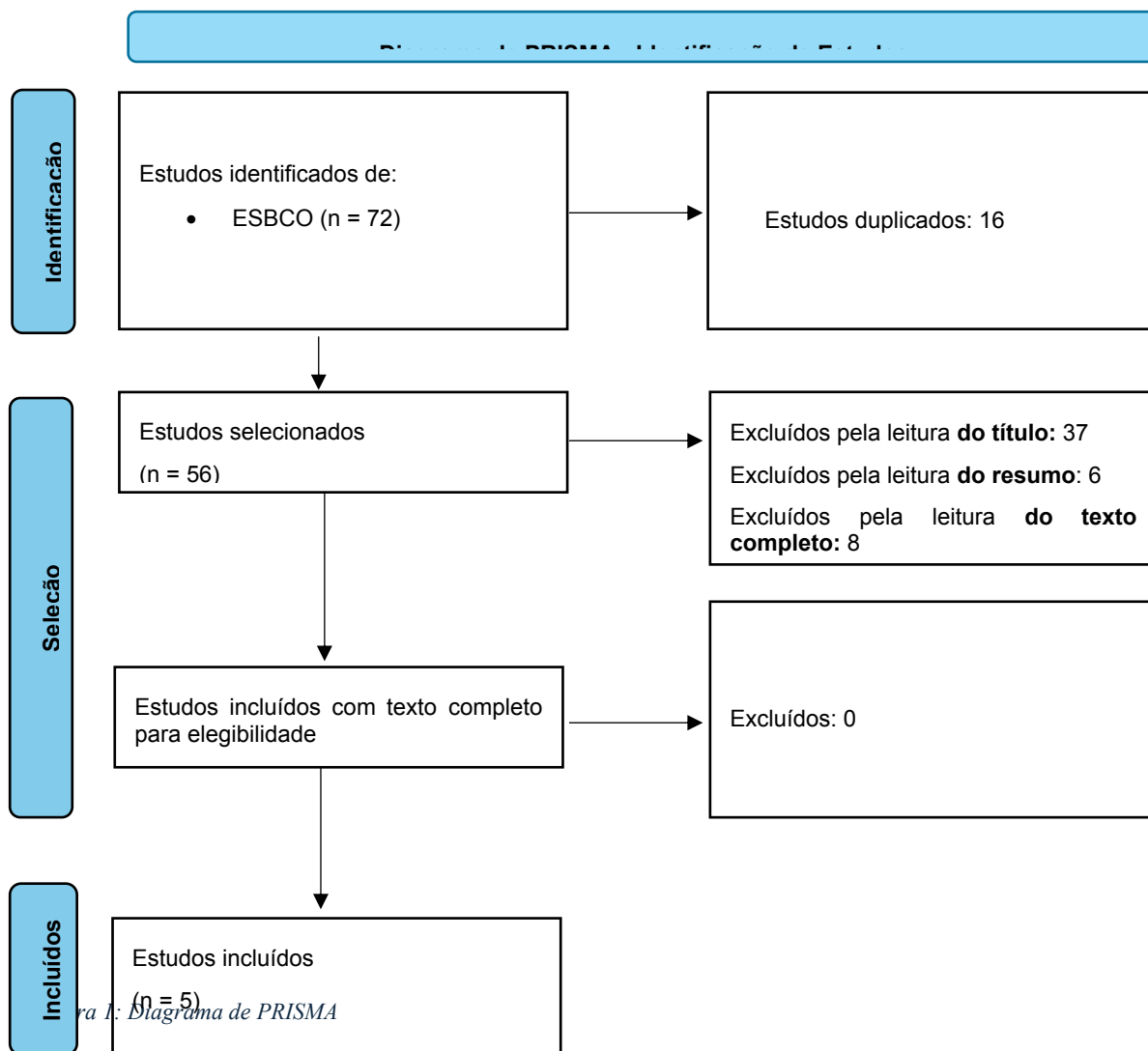
- Espaço temporal 2021-2025 – últimos 5 anos, de modo a obter evidência relativamente recente.
- Idiomas: português, espanhol e inglês – devido à não compreensão de outros possíveis idiomas e não ter acesso a tradutores.
- Incluir (“Nursing Care” OR “Nursing Interventions”), “Discharge Planning” e “Chronic Disease” em Todo o Texto (TX) e (“Infant Premature” OR “Preterm Infants”) no resumo (AB), de forma a contextualizar os resultados, mas sem ser

demasiado limitativo para uma revisão da literatura abrangente.

- Estar presente em Revistas científicas analisadas por pares.

Após filtrar com os critérios de inclusão supracitados, ficamos com $n = 72$.

A seleção metodológica dos artigos para incluir no estudo é transcrita através do diagrama de PRISMA (figura 1).



Adaptação: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Após a seleção de artigos elegíveis para a amostra ($n=5$), foi construída a tabela de evidências (tabela 1), com o objetivo de demonstrar que os artigos correspondem aos critérios de elegibilidade para a revisão. A tabela organiza os artigos por autores, ano de



publicação, revista, país, objetivo do estudo, tipo de estudo, amostra, cuidados identificados e resultados obtidos.

Tabela 2: Tabela de Evidências

	Título	Autores	Ano	Revista	País	Objetivo/ questão de investigação	Tipo de estudo	Amostra	Cuidados de Enfermagem	Resultados
1.	Development and psychometric evaluation of "Caring Ability of Mother with Preterm Infant Scale" (CAMPIS): a sequential exploratory mixed-method study	Saleheh Tajalli; Abbas Ebadi; Soroor Parvizi; Carole Kenne	2024	BMC Nursing	Irão	Desenvolver uma escala de capacidade de cuidar do RN pré-termo e examinar suas propriedades psicodinâmicas em mães de prematuros com idade gestacional inferior a 32 semanas.	Exploratório de método misto	401 mães de prematuros com idade gestacional <34 semanas, hospitalizados pelo menos 2 semanas na UCIN (200 numa 1ª fase e 201 numa 2ª fase do estudo).	Aplicar a escala CAMPIS a mães de bebê prematuros, de forma a avaliar a sua capacidade de cuidar do bebê e, com isso, direcionar as intervenções necessárias a ajustar o cuidado aos bebês prematuros, com ou sem doença.	Os resultados do estudo demonstraram que o conceito de capacidade das mães cuidarem dos bebês tem 3 dimensões: <u>capacidade cognitiva</u> , <u>conhecimento e habilidades</u> e <u>capacidade psicológica</u> . A CAMPIS é uma escala válida e confiável para avaliar este conceito em mães de bebês prematuros. Estar ciente da capacidade das mães de cuidar do bebê, sendo que são as principais cuidadoras, permite elaborar intervenções direcionadas para melhorar a sua capacidade de cuidado . Os pais precisam adquirir estas habilidades que são



										essenciais para a alta e transferência da criança para casa, de forma a assumires com eficácia o desempenho do seu papel.
2.	Protocol for implementation of an evidence based parentally administered intervention for preterm infants	Rosemary White-Traut; Debra Brandon; Karen Kavanaugh; Karen Gralton; Wei Pan; Evan R. Myers; Bree Andrews; Michael	2021	BMC Pediatrics	EUA	Implementar a intervenção H-HOPE (Hospital to Home: Optimizing the Preterm Infant's Environment); avaliar a eficácia da H-HOPE; determinar as influências associadas ao sucesso e efetividade da H-HOPE.	Design Híbrido Tipo-3	265 díades pais-bebés. RNPT nascidos com 23–35 semanas de idade gestacional com, pelo menos 31–32 semanas de idade corrigida no início do estudo, clinicamente estáveis.	Intervenção H-HOPE - (Hospital to Home: Optimizing the Preterm Infant's Environment).	Intervenções comportamentais precoces envolvendo os pais podem melhorar os resultados para bebés prematuros e para as suas famílias.. O H-HOPE traz uma abordagem única para a intervenção comportamental precoce ao abordar simultaneamente as necessidades do bebé e dos pais.



		Msall; Kathleen F. Norr								
3.	The Role of Nurses in Preparing Mothers of Premature Infants for Discharge and Home Care	Rukiye Çelik; Naime Altay	2023	Journal of Education and Research in Nursing	Turquia	Proporcionar aos enfermeiros uma perspetiva sobre a preparação das mães de bebés prematuros para a alta , para a transição para o domicílio e para os cuidados domiciliários.	Artigo de Revisão		Além do treino “tradicional” de alta, pode ser usado: sessões de treino em grupo, materiais escritos, gravações de áudio, vídeos, programas de preparação online, aplicações para smartphones, serviços de telessaúde, aconselhamento on-line, simulações.	Fazer a preparação necessária antes da alta é fundamental para uma transição abrangente, coordenada e consciente, da UCIN para o domicílio. Adicionalmente, monitorizar a saúde da mãe e do bebé após alta, em cuidados domiciliários é uma prioridade iminente na Enfermagem. Portanto, as mães devem ser apoiadas na alta, transição para o domicílio e cuidados domiciliários, de forma holística e individualizada.



4.	The Stress of Mothers with Preterm Infants from the Neonatal Intensive Care Unit to Home: A Mixed Methods Study	Claudia Viera; Beatriz Tosoa; Ariana R. S. Carvalhoa; Maria Aparecida M. Gaiva	2023	International Journal Of Multiple Research Approaches	Brasil	Perceber se as competências maternas face ao cuidado do RNPT após a alta são influenciadas pelo grau de stress vivenciado durante a hospitalização.	Método misto	51 mães de recém-nascidos prematuros.	Avaliação e identificação do stress das mães (escala PSS:NICU)	Mães com altos níveis de <i>stress</i> na UCIN expressaram sentimentos de impotência em assistir seus filhos durante a hospitalização e dificuldades em cuidar em casa. Assim, estas mães sentem-se vulneráveis no seu papel materno e a sua autoconfiança é reduzida, o que afeta a sua competência materna. Reconhecer os níveis de stress materno na UCIN e após a alta é essencial para identificar as necessidades dos pais. Estas necessidades estão principalmente relacionadas com a sua competência e confiança nos cuidados ao bebé prematuro.
----	--	---	------	---	--------	---	--------------	---------------------------------------	---	--



5.	Understanding the experience of the mothers' ability to take care of their preterm infants related to in-hospital and post-discharge: a qualitative content analysis	Saleheh Tajalli; Soroor Parvizy; Abbas Ebadi; Fateme Zamaniashani; Carole Kenner	2025	BMC Pediatrics	Irão	Compreender as experiências relativas à capacidade das mães de cuidar dos seus bebés prematuros na UCI e no domicílio.	Análise qualitativa	18 participantes: 11 mães (de bebés prematuros com <34 semanas de idade gestacional e sem anomalias congénitas), 2 pais, 2 avós, 1 enfermeira neonatal e 2 neonatologistas.	Gerir as habilidades das mães para fornecer intervenções adequadas, de forma a capacitá-las e envolvê-las nos cuidados neonatais o mais rápido possível. Promover o contacto das mães com os bebés doentes e apoiar na compreensão da doença.	O estado de saúde do bebé e a gravidade da doença afetam a capacidade de cuidar dos pais. O ensino da alta aos pais de RN com necessidades especiais é um processo único , que começa com o estabelecimento de uma relação de confiança com os pais e inclui uma avaliação dos sentimentos da família, da sua prontidão para aprender e recursos disponíveis. Os planos de alta devem ser uma combinação de formatos educacionais que incorporem as habilidades cognitivas, técnicas e psicológicas das mães de RN prematuros.
----	---	--	------	----------------	------	---	---------------------	---	--	--

Resultados

Todos os estudos incluídos são de abordagem estão redigidos em inglês (100%).

Quanto ao tipo de estudo, dos estudos incluídos, cerca de 40% são exploratórios de método misto. Os restantes estudos incluídos assumem cada um, uma abordagem diferente, sendo elas: *design* híbrido Tipo3 (20%), quase-experimental (20%), artigo de revisão (20%) e análise qualitativa (20%).

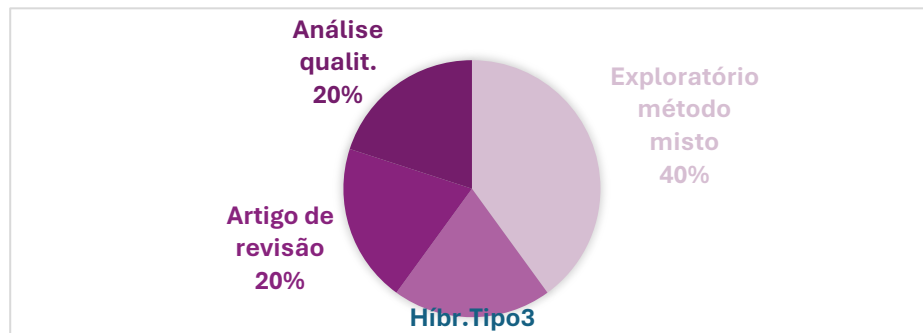


Gráfico 1: Distribuição dos estudos incluídos, por tipo de estudo.

Quanto ao país de origem, é predominante o Irão (40%), seguido dos restantes: Turquia (20%), Estados Unidos da América (20%) e Brasil (20%).

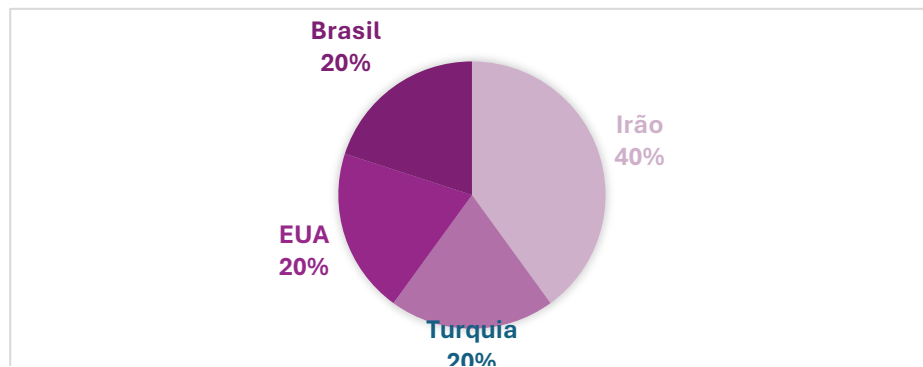


Gráfico 2: Distribuição dos estudos incluídos, por país.



Quanto ao ano de publicação, 40% dos artigos são do ano de 2023. Os anos, 2021, 2024 e 2025 apresentam cada um deles, um artigo, o que equivale a 20% cada.

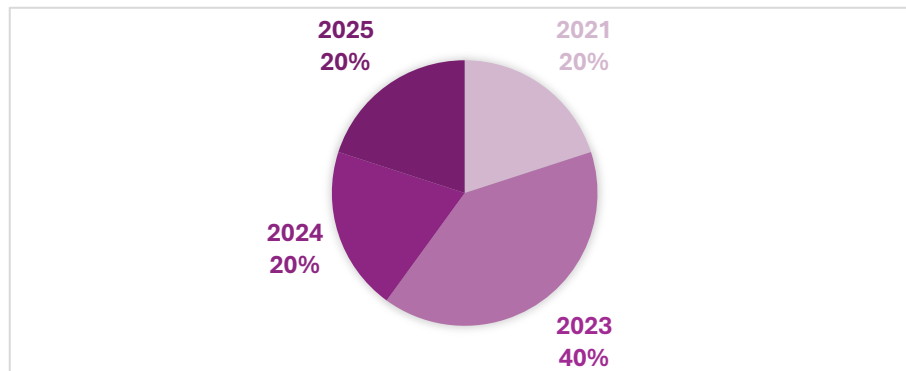


Gráfico 3: Distribuição dos estudos incluídos, por ano.

Os artigos foram publicados nas revistas: *BMC Nursing* (20%); *BMC Pediatrics* (40%); *Journal of Education and Research in Nursing* (20%); *International Journal Of Multiple Research Approaches* (20%).

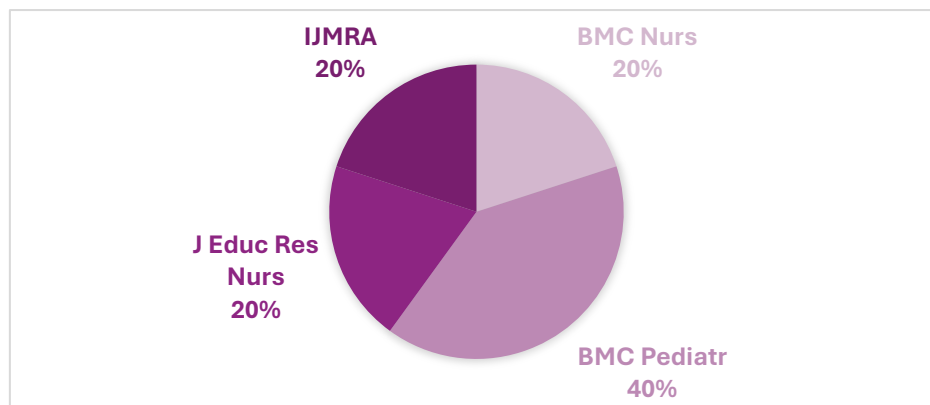


Gráfico 4: Distribuição dos estudos incluídos, por revista de publicação

Nos estudos incluídos, as mães são o alvo de cuidados direto mais frequentemente usado. Em 60% dos estudos a amostra é a mãe/bebê prematuro. Sendo que em apenas um (20%) é mencionada a diáde pais/bebés, onde se inclui pai e mãe.

Nos estudos selecionados foram elencados cuidados de Enfermagem de natureza diversa: **aplicar a escala CAMPIS**, de forma a avaliar a sua capacidade de cuidar do bebé; utilizar a **Intervenção H-HOPE** (Hospital to Home: Optimizing the Preterm Infant's Environment); **realizar sessões de treino em grupo**; utilizar **materiais escritos**, **gravações de áudio** ou **vídeos**; realizar **programas de preparação para a alta** em **formato online**; utilizar **aplicações** para *smartphones*; utilizar **serviços de tele saúde**;



realizar **simulações; avaliação e identificação do stress das mães** (escala PSS:NICU); e **promover o contacto das mães com os bebés doentes** e apoiar na compreensão da doença.

A **escala CAMPIS** mede a capacidade da mãe de cuidar do seu bebé prematuro e baseia-se em três domínios: capacidade cognitiva; conhecimentos e habilidades; e capacidade psicológica. No entanto, os profissionais de saúde devem não só avaliar a capacidade da mãe, como também fornecer informações úteis sobre a doença do seu bebé, incentivar a partilha de experiências e emoções e, realizar visitas domiciliárias. Estar ciente da capacidade das mães de cuidar do seu bebé, como as principais cuidadoras é essencial para melhorar a qualidade dos seus cuidados e elaborar intervenções para melhorar sua capacidade de cuidado pode ajudar a melhorar a qualidade do cuidado (Tajalli et al., 2024).

A **Intervenção H-HOPE** (Hospital to Home: Optimizing the Preterm Infant's Environment) é um protocolo de atuação para promover o desenvolvimento infantil precoce e o envolvimento dos pais no cuidado ao bebé, que prevê a sua utilização até 6 semanas após a alta do bebé. Apesar de ser um protocolo pronto a implementar, a sua elaboração teve por base uma consistente e robusta pesquisa que levou à criação desta intervenção, com base na necessidade de planear a alta de bebés prematuros, tendo em conta as suas necessidades e envolvendo os pais neste processo (White-Traut et al., 2021).

Çelik & Altay (2023), na sua revisão consideram as necessidades das mães com filhos internados numa UCIN e, enaltecem que o planeamento da alta proporciona uma transição coordenada e consciente, da UCIN para o domicílio. Além disto, acompanhar a saúde da mãe e do bebé não se deve restringir à UCIN, sendo que a continuidade de cuidados deve permanecer após a alta, em cuidados domiciliários, com uma abordagem holística em consonância com as necessidades da mãe e do bebé (Çelik & Altay, 2023).

Nesta revisão, foram mencionadas várias estratégias de intervenção para o planeamento da alta: realizar sessões de treino em grupo; utilizar materiais escritos, gravações de áudio ou vídeos; realizar programas de preparação para a alta em formato online; utilizar aplicações para *smartphones*; utilizar serviços de telessaúde; fazer aconselhamento on-line; realizar simulações (Çelik & Altay, 2023).



stress das mães, através da escala PSS:NICU, serve como base para adequar as intervenções de enfermagem às necessidades das mães, sendo que estas estão intimamente relacionadas com a sua competência e auto-confiança sobre o cuidado à bebé. Melhorar estas competências pode promover cuidados mais seguros e adequados e desenvolver práticas parentais mais saudáveis após a alta hospitalar (Viera et al., 2023).

Tajalli et. al (2025), verificaram que a capacidade da mãe cuidar do bebé é um conceito multidimensional, relativo, único e complexo, sendo que a preparação da alta para pais de recém-nascidos com necessidades especiais é um processo único, que se inicia desde a admissão na UCIN. Com isto, perceberam, que nestas situações, **promover o contacto das mães com os bebés doentes** e apoiar na compreensão da doença, é uma intervenção eficaz para o planeamento da alta de forma eficaz, tendo em conta as habilidades cognitivas, técnicas e psicológicas das mães de bebés prematuros e as próprias características dos bebés (Tajalli et al., 2025).

Além das intervenções acima mencionadas, os estudos realçam sobretudo **a adequação das intervenções de forma individualizada**, ajustando cada intervenção a cada mãe/família/bebé, tendo em conta as suas características, condições e dificuldades (Çelik & Altay, 2023; Tajalli et al., 2024, 2025; Viera et al., 2023; White-Traut et al., 2021).

Discussão de Resultados

Os estudos enaltecem a importância das intervenções para o planeamento de uma alta segura e todos eles se focam no treino de habilidades parentais para que os mesmos sejam capazes de cuidar do seu bebé (Çelik & Altay, 2023; Tajalli et al., 2024, 2025; Viera et al., 2023; White-Traut et al., 2021).

As habilidades adquiridas pelos pais vão de encontro à base fundamental de cuidar com os pais como parceiros de cuidados, conforme mencionado anteriormente (Als, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2011; Ramos et al., 2020).

Tajalli et al. (2025), referem que o estado de saúde do bebé e a gravidade da doença afetam a capacidade dos pais de cuidar dos seus bebés, pelo que o planeamento da alta é um processo único, que valoriza a relação com os pais, os seus sentimentos e a sua prontidão para aprender a cuidar dos seus bebés (Tajalli et al., 2025).

O estudo de Viera et al. (2023), investe na intervenção de avaliar o *stress* das mães, tendo em conta que grande nível de *stress* gera nas mães sentimentos de impotência e dificuldades no cuidar do bebé, tanto na UCIN, como em casa. Além disto, reconhecer o nível de *stress* permite ajustar os cuidados de enfermagem, às necessidades das mães (Viera et al., 2023).

O impacto psicológico do *stress* nas mães é uma parte importante de consideração da Enfermagem, já que para Tajalli et al. (2024) e Tajalli et al. (2025), o conceito de capacidade das mães cuidarem dos bebés tem 3 dimensões: a capacidade cognitiva, os conhecimento e habilidades e, a capacidade psicológica (Tajalli et al., 2024, 2025). Neste âmbito, a Escala CAMPIS, serve de instrumento para avaliar a capacidade das mães cuidarem dos seus bebés (Tajalli et al., 2024).

Neste seguimento, as intervenções elencadas consistem sobretudo numa abordagem individualizada a cada família e bebé, tendo em conta as necessidades específicas de cada elemento da família, o que concorre para a ideia mencionada por Araujo et al. (2023), de que a alta deve ser baseada na realidade concreta da família (Araujo et al., 2023; Çelik & Altay, 2023; Tajalli et al., 2024, 2025; Viera et al., 2023; White-Traut et al., 2021).

Da mesma forma, a Ordem dos Enfermeiros (2011), destaca a importância de ser um processo contínuo e que se relaciona com o grau de diferenciação e dependência de



cuidados, o que é sugerido também pelos estudos encontrados de Çelik & Altay (2023), Tajalli et al. (2024), Tajalli et al. (2025) e White-Traut et al. (2021).

É também referido por White-Traut et al. (2021) e Tajalli et al. (2025) que este processo deve ser feito de forma precoce, dando margem para reconhecer as necessidades da família e trabalhá-las até ao momento da alta (Tajalli et al., 2025; White-Traut et al., 2021).

É também de referir que os cuidados pós-alta são uma forma de garantir a eficácia do planeamento de alta e é referido por Çelik & Altay (2023) como uma prioridade (Çelik & Altay, 2023). Também Viera et al. (2023) referem a importância dos cuidados pós-alta (Viera et al., 2023).



Conclusão

O trabalho de revisão, permitiu sistematizar o conhecimento que resultou de investigação empírica e ampliar o conhecimento de Enfermagem.

A revisão permitiu-me aprofundar a problemática dos cuidados de Enfermagem para o planeamento de alta de prematuros com doença crónica e, consequentemente, os resultados elencados permitirão melhorar a minha prática clínica, podendo dar uma resposta mais concertada às necessidades da família, que é, não só parceira, mas também, alvo de cuidados.

Deste modo, o percurso metodológico adotado para a realização da revisão da literatura, relativamente a este fenómeno de Enfermagem, permitiu concluir que, à semelhança do que era esperado, os estudos enaltecem a importância das intervenções para o planeamento de uma alta segura. Estas intervenções baseiam-se na capacitação de habilidades das mães e dos pais de recém-nascidos prematuros e consistem sobretudo numa abordagem individualizada a cada família e bebé, tendo em conta as necessidades específicas de cada elemento da família.

Alguns estudos referem ainda a importância do seguimento pós-alta, com cuidados domiciliários.

As intervenções elencadas são do escopo dos enfermeiros e permitem garantir uma alta para domicílio com segurança.

A maioria dos estudos refere também a importância do seguimento pós-alta, com cuidados domiciliários.



Implicações para a Prática

A realização desta revisão da literatura permitiu-me salientar dois pontos principais adjacentes aos cuidados de enfermagem.

Em primeiro lugar, salientar a importância de envolver ambos os pais/cuidadores nos estudos, uma vez que grande parte dos estudos encontrados se referem apenas à mãe e não à família como um todo. Apesar de ser importante perceber a individualidade de cada elemento, seria também pertinente utilizar um modelo de família e não apenas focar num dos pais.

Em segundo lugar a revisão permitiu-me destacar a importância dos cuidados pós-alta, em contexto domiciliário. Esta conclusão permitiu-me refletir sobre os novos paradigmas do cuidar enaltecendo os cuidados de proximidade, onde os cuidados domiciliários especializados realizados por Enfermeiros Especialistas teriam um grande impacto não só na continuidade de cuidados, mas também no apoio próximo a estas famílias.



Limitações

Esta revisão apresenta uma limitação que me cabe referir: apesar de ela ser centrada na alta de recém-nascidos prematuros com doença crónica, e os estudos abordarem de alguma forma esta temática, os mesmos não dão o seu maior relevo a doença crónica. Neste sentido, a revisão seria ainda mais rigorosa, se os estudos encontrados se direcionassem unicamente para recém-nascidos prematuros com doença crónica.

Com isto, cabe-me sugerir a importância de realizar estudos para esta população em específico.

Referências

- Als, H. (2017). Individualized Developmental Care for Preterm Infants. *Encyclopedia on Early Childhood Development*.
- Araujo, C. M. M. O. D., Silva, C. T. D. S., Macedo, F. L. D. C., Silva, J. C. D., Palombo, C. N. T., & Martins, R. D. F. (2023). Criterios relacionados con el alta hospitalaria segura del recién nacido: Una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 12(2), e3198. <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3198>
- Çelik, R., & Altay, N. (2023). The Role of Nurses in Preparing Mothers of Premature Infants for Discharge and Home Care. *Journal of Education and Research in Nursing*, 387–392. <https://doi.org/10.14744/jern.2023.22480>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. 3). Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118–134). Lidel.
- Tajalli, S., Ebadi, A., Parvizy, S., & Kenner, C. (2024). Development and psychometric evaluation of «Caring Ability of Mother with Preterm Infant Scale» (CAMPIS): A sequential exploratory mixed-method study. *BMC Nursing*, 23(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01960-7>
- Tajalli, S., Parvizy, S., Ebadi, A., Zamaniashiani, F., & Kenner, C. (2025). Understanding the experience of the mothers' ability to take care of their preterm infants related to in-hospital and post-discharge: A qualitative content analysis. *BMC Pediatrics*, 25(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05338-1>
- Viera, C., Toso, B., Carvalho, A. R. S., & Gaiva, M. A. M. (2023). The Stress of Mothers with Preterm Infants from the Neonatal Intensive Care Unit to Home: A Mixed Methods



Multiple Research Approaches, 15(1), 24–39. <https://doi.org/10.29034/ijmra.v15n1a2>

White-Traut, R., Brandon, D., Kavanaugh, K., Gralton, K., Pan, W., Myers, E. R., Andrews, B., Msall, M., & Norr, K. F. (2021). Protocol for implementation of an evidence based parentally administered intervention for preterm infants. *BMC Pediatrics*, 21(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02596-1>

World Health Organization. (2022). *WHO Recommendations for Care of the Preterm or Low Birth Weight Infant* (1st ed). World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Born Too Soon: Decade of Action on Preterm Birth* (1st ed). World Health Organization.