



**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

PORTO

**DESENVOLVIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**  
**EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**  
**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Maria Inês Pinto Caçoilo

Porto – março de 2026





**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

PORTO

**DESENVOLVIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DE COMPETÊNCIAS  
EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA  
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**DEVELOPMENT AND CONSOLIDATION OF COMPETENCIES  
IN CHILD HEALTH AND PEDIATRIC NURSING  
INTERNSHIP REPORT**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Maria Inês Pinto Caçoilo

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – março de 2026



## **RESUMO**

O presente Relatório de Estágio, desenvolvido no âmbito do 18.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa – Porto, documenta e analisa de forma crítica e reflexiva o percurso formativo realizado com vista à aquisição do grau de Mestre e à consolidação das competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo com os referenciais da Ordem dos Enfermeiros.

O estágio decorreu em três contextos assistenciais — Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Urgência Pediátrica e Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Familiar) — permitindo integrar diferentes níveis de cuidados e aprofundar uma visão de continuidade assistencial centrada na criança/jovem e na família.

Adotou-se uma metodologia descritivo-reflexiva, sustentada na prática baseada na evidência, articulando atividades, objetivos e competências nos domínios da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. A reflexão evidenciou o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na abordagem à promoção da saúde e prevenção da doença na criança, com enfoque na segurança e qualidade dos cuidados, na comunicação terapêutica, na humanização, na neuroproteção, na parceria de cuidados e na capacitação parental.

Conclui-se que a excelência em ESIP exige a conjugação de elevada tecnicidade com cuidado humanizado e centrado na família, suportado pela evidência e orientado para ganhos em saúde e continuidade de cuidados.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Competências; Criança; Família; Relatório de Estágio.



## **ABSTRACT**

This Internship Report, developed within the framework of the 18th Master's Degree in Child and Paediatric Health Nursing at the Portuguese Catholic University – Porto, documents and critically reflects on the educational pathway undertaken towards obtaining the Master's degree and consolidating the competencies of a Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing, in accordance with the Portuguese Nursing Council's competency framework.

The internship took place in three clinical settings—Neonatal Intensive Care Unit , Paediatric Emergency Department, and Primary Health Care (Community Care Unit and Family Health Unit)—enabling the integration of different levels of care and the consolidation of a continuity-of-care perspective centred on the child/young person and the family.

A descriptive-reflective methodology was adopted, grounded in evidence-based practice, linking activities, objectives and competencies across the domains of direct care, management, education and research. The reflection highlighted the development of technical-scientific and relational competencies in managing highly complex situations, with a focus on patient safety and quality of care, therapeutic communication, humanised and neuroprotective care, partnership approach with families aimed and parental empowerment.

It is concluded that excellence in Child and Paediatric Health Nursing requires combining advanced technical expertise with humanised, family-centred care, supported by evidence and oriented towards health gains and continuity of care.

**Keywords:** Child and Paediatric Health Nursing; Competencies; Child; Family; Internship Report.



## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, quero agradecer por tornarem possível, sob diferentes pontos de vista, o meu crescimento pessoal e profissional.

À Enfermeira Ana Brás, à Enfermeira Jenifer Guedes e à Enfermeira Inês Rocha, quero agradecer pela generosidade e pela mestria em cada contexto.

À Professora Isabel Quelhas, quero agradecer a tutoria e o acompanhamento em todas as dúvidas, dificuldades ou inquietações.

À Enfermeira Maria do Céu, quero agradecer por nos incitar diariamente a fazer mais e a crescer.

À minha equipa, quero agradecer por serem casa.

À Diana e à Joana, **pelo caminho.**

À Sandra e à Carolina, **pela inspiração.**

À Salomé, **por ser e por estar.**

Ao Francisco e à Beatriz, **pelo propósito.**

Ao Hugo, **por tudo.**

**Para ser grande, sê inteiro: nada**  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.

Ricardo Reis



## **LISTA DE SIGLAS**

**APA7** – American Psychological Association, 7.<sup>a</sup> edição

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ELI** -Equipa Local de Intervenção Precoce

**ESIP** – Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

**FINE** – Family and Infant Neurodevelopmental Education

**IEFP** – Instituto do emprego e Formação Profissional

**ISBAR** - Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

**LSM** – Lista Sem Médico

**MESIP** – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

**NACJR** – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**NSRAS** - Neonatal Skin Risk Assessment Scale

**NIDCAP** – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

**OT** – Orientação Tutorial

**PNSE** – Plano Nacional de Saúde Escolar

**PNSIJ** – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**PNV** – Plano Nacional de Vacinação

**RNPT** – Recém-Nascido Pré-Termo

**SNIPI** – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

**SUP** – Serviço de Urgência Pediátrica

**UC** – Unidade Curricular

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO .....	17
2. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS.....	21
3. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO E DOS CONTEXTOS FORMATIVOS.....	27
3.1 Serviço de Neonatologia.....	27
3.2 Serviço de Urgência Pediátrica.....	28
3.3 Cuidados de Saúde Primários .....	29
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS .....	31
4.1 Domínio da Prestação de Cuidados .....	32
4.2 Domínio da Formação .....	55
4.3 Domínio da Gestão de Cuidados .....	58
4.4 Domínio da Investigação em Enfermagem .....	62
5. REFLEXÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	65
6. CONCLUSÃO .....	69
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICES .....	81
APÊNDICE I -Planeamento e material produzido para Ação de Educação para a Saúde “Heróis Saudáveis” .....	83
APÊNDICE II -Planeamento e material produzido para Formação de Pares - “Desmistificar a Prematuridade e os Cuidados Neonatais” .....	109
APÊNDICE III - Revisão Integrativa da Literatura – “Capacitação parental em UCIN: contributos da observação de sinais e dos cuidados neurocomportamentais na era digital: uma revisão integrativa”.....	149



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Prestação de cuidados 1.....	32
Tabela 2 - Prestação de Cuidados 2.....	33
Tabela 3 - Prestação de Cuidados 3.....	47
Tabela 4 - Prestação de Cuidados 4.....	49
Tabela 5 - Prestação de Cuidados 5.....	52
Tabela 6 - Domínio da Formação.....	55
Tabela 7 - Domínio da Gestão de Cuidados.....	58
Tabela 8 - Domínio de Investigação em Enfermagem.....	62



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Capítulos.....	18
Figura 2 - Desenvolvimento de competências .....	31
Figura 3 - Percurso formativo .....	69



## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório do 18.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) — Porto, sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.

Numa metodologia de natureza descritivo-reflexiva, este documento visa descrever o percurso realizado para o desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos diferenciados conducentes ao grau de Mestre com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica preconizados no plano de estudos do curso. Esta análise integra tanto o percurso profissional prévio, como a realização do Estágio curricular da referida UC. A UC totalizou 840 horas e 30 ECTS, distribuídas por 400 horas de contacto (360 horas de estágio em três contextos, 20 horas de Seminário e 20 horas de Orientação Tutorial) e 440 horas de trabalho individual (200 das quais dedicadas à elaboração deste relatório).

Os períodos de estágio corresponderam a três áreas distintas de intervenção. O primeiro decorreu entre 4 e 30 de setembro de 2025, no contexto de Neonatologia, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; o segundo, entre 1 e 25 de outubro de 2025, focou-se nos cuidados à criança e jovem em situação de urgência/emergência, num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP); por fim, entre 27 de outubro e 20 de dezembro de 2025, o estágio decorreu no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

No que concerne ao contexto de cuidados à criança e jovem doente (patologia médica e/ou cirúrgica), a experiência profissional adquirida tem sido desenvolvida num serviço de Internamento de Pediatria, onde iniciei funções em dezembro de 2016. Tendo em conta as competências demonstradas nesta área, obteve-se a creditação ao Estágio do 1.º Ano – A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica, na área de Internamento de Pediatria.

O plano de estudos do curso estabelece, para esta UC, cinco objetivos principais, transversais às diferentes especialidades, que conduzem à obtenção do grau de Mestre:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura, incluindo no domínio da investigação;

- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização;
- Apresentar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais;
- Ser capaz de comunicar as conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- Demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

NA estrutura do relatório considera o desenvolvimento de competências como um processo global e contínuo, que culmina na reflexão sobre o mesmo para a prática profissional. Neste sentido, assenta em quatro capítulos principais, cuja organização é representada, de seguida, de forma esquemática:

**Figura 1 - Capítulos**



No primeiro capítulo, intitulado “*Percurso profissional e formativo prévio*” são exploradas as competências desenvolvidas durante o exercício da prática profissional e formativa antes do Ingresso do MESIP; o segundo capítulo - “*Contextos de estágio*” – apresenta os contextos de estágio (Neonatologia, Urgência Pediátrica e CSP) e a sua descrição sumária; no terceiro capítulo - “*Desenvolvimento de Competências Especializadas*” são descritos os objetivos e competências alcançados em contexto de estágio, as atividades e estratégias associadas e o processo reflexivo que acompanhou todo o processo. As competências encontram-se subdivididas em quatro domínios (**Prestação de Cuidados, Investigação, Gestão e Formação**), numa análise sistematizada do percurso formativo, sustentada na evidência

científica e nos referenciais teóricos da disciplina de Enfermagem. O quarto e último capítulo diz respeito à “*Reflexão para a Prática Profissional*” trazendo a cogitação sobre a importância e a implicação de todo o percurso vivenciado para a prática e para a construção da identidade profissional enquanto enfermeira especialista.

O relatório encerra com a apresentação das referências bibliográficas, elaboradas de acordo com as normas da American Psychological Association, 7.<sup>a</sup> edição (APA 7), e dos apêndices, que incluem os suportes documentais de algumas das atividades desenvolvidas, contribuindo para uma melhor compreensão das mesmas.



## 2. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS

A construção da minha identidade enquanto Enfermeira Especialista tem sido um processo contínuo e dinâmico, sustentado na articulação entre a prática clínica e o aprofundamento teórico. Ao longo deste percurso, fui progressivamente desenvolvendo competências profissionais relevantes (que apresento a *bold* ao longo do presente texto) na área da ESIP, **gerindo de forma adequada informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida e da minha formação pós-graduada**. Reconhecendo que algumas dessas competências se encontravam apenas parcialmente desenvolvidas, procurei aprofundá-las, sistematizá-las e integrá-las, articulando-as com outras que ainda não estavam desenvolvidas, à luz das exigências académicas e profissionais inerentes à obtenção do grau de Mestre. Considero que este processo de consolidação se concretizou nos diferentes contextos de estágio durante a realização do MESIP, bem como através da respetiva análise reflexiva.

O meu percurso profissional na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) teve início em dezembro de 2016, com a minha integração na equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria de uma unidade hospitalar da zona centro do país. Desde essa data, o meu exercício de funções tem sido ininterrupto neste contexto, permitindo-me uma progressiva apropriação dos cuidados à criança e ao jovem, bem como à sua família, e evidenciando **um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da minha especialização**. As competências que, entretanto, desenvolvi sustentaram a equivalência ao Estágio de Decisão Clínica em Internamento de Pediatria, necessitando, tal como referido anteriormente, de ser reforçadas, aprofundadas e complementadas.

Este enquadramento justificou a necessidade de realizar um percurso formativo orientado não apenas para a consolidação das competências já adquiridas mas, também, para o desenvolvimento de novas competências especializadas, integrando diferentes perspetivas e contextos de atuação e indo ao encontro dos referenciais definidos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Atualmente, a minha prática profissional desenvolve-se numa dinâmica de complementaridade entre o Internamento de Pediatria e a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, uma polivalência decorrente da gestão unificada das equipas de enfermagem, que se revelou determinante para desenvolver uma visão abrangente da saúde infantil. Esta

diversidade de contextos permitiu-me mobilizar competências clínicas diferenciadas e abordar situações complexas de forma sistemática, crítica e criativa, desde o recém-nascido pré-termo (RNPT) até ao adolescente de 18 anos, **abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na minha área de especialização.** Paralelamente, contribuiu para desenvolver a capacidade de resposta, **demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da minha área de especialização.** Não obstante, é na vertente da Neonatologia que concentro, presentemente, a maior parte da minha atividade assistencial.

No contexto do Internamento de Pediatria, a minha intervenção centra-se na resposta a situações de patologia médica e cirúrgica, tanto agudas como crónicas, exigindo uma avaliação clínica rigorosa e uma tomada de decisão fundamentada. Na vertente médica, a prestação de cuidados a crianças com quadros clínicos variados, incluindo a estabilização de situações críticas que aguardam transferência para unidades diferenciadas, permite-me consolidar a capacidade de atuação em contextos clínicos complexos, com autonomia progressiva.

Na vertente cirúrgica, o acompanhamento pré e pós-operatório constitui um espaço privilegiado para realizar a gestão integrada dos cuidados de enfermagem, assegurando a segurança, o conforto e a continuidade dos cuidados à criança e à família, desde a admissão até à alta ou à vigilância em ambulatório, **gerindo os cuidados de enfermagem na área de especialização.**

Toda esta filosofia de cuidados encontra-se sustentada nos modelos teóricos estruturantes da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente o Modelo de Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados, integrando princípios de Cuidados Atraumáticos e, particularmente na área neonatal, de Cuidados Centrados no Desenvolvimento. A incorporação consistente destes modelos na minha prática clínica permite refletir a capacidade de **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família; relacionar-me, de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, e zelar pela qualidade dos cuidados prestados na minha área de especialização.**

Neste âmbito, destaco o meu interesse particular pelos cuidados neuroprotetores, que me motivou a realizar o curso FINE 1 (Family and Infant Neurodevelopmental Education, nível

1) e a frequentar, atualmente, o nível 2, integrados numa lógica de desenvolvimento profissional contínuo e autónomo, com impacto direto na qualidade dos cuidados que presto em Neonatologia, **mantendo, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

A maturação profissional que alcancei ao longo destes anos reflete-se, não apenas na prestação direta de cuidados mas, também, na minha participação ativa em projetos de melhoria contínua e na formação de pares. Atuando como formadora em serviço desde 2018, tive oportunidade de apresentar sessões sobre temas diversos, entre os quais: Comunicação em equipa e gestão de conflitos; Avaliação e intervenção na criança com dificuldade respiratória; Alergia às Proteínas do Leite de Vaca vs. Intolerância à Lactose; Fórmulas lácteas: constituição e particularidades; Transição para o papel de prestador de cuidados da criança com doença complexa; Nutrição parentérica no Recém-Nascido (RN), entre outros, **promovendo formação em serviço na área da especialização.** Relativamente à nutrição parentérica, tive oportunidade de integrar a equipa que implementou este procedimento na UCIN, uma vez que, desde 2022, a unidade recebe e cuida de RN a partir das 32 semanas de gestação (SG) - anteriormente, apenas a partir das 33SG.

A tutoria de estudantes de Licenciatura em Enfermagem e a integração de novos profissionais no serviço têm-me, ainda, possibilitado colaborar e exercer supervisão do exercício profissional, **colaborando no processo de integração de novos profissionais e exercendo supervisão do exercício profissional na minha área de especialização.**

A minha integração na equipa de Visita Domiciliária da Neonatologia, focada no acompanhamento de RNPT após a alta, constituiu também um contexto privilegiado para exercer autonomia, tomada de decisão clínica e capacitação parental, permitindo-me aprofundar a consciência crítica relativamente aos problemas da prática profissional associados ao cliente e à família, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade e no contexto de transição do meio hospitalar para a comunidade, **demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na minha área de especialização.**

Valorizo, igualmente, a articulação multidisciplinar com os diferentes grupos profissionais, e particularmente com a equipa da Ludoteca, reconhecendo o brincar terapêutico como recurso fundamental para o bem-estar holístico da criança, **demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

No domínio da investigação, desenvolvi competências que foram alavancadas pela realização prévia do Mestrado em Enfermagem Avançada pela UCP – Porto, que concluí em 2015. A dissertação que desenvolvi permitiu-me aprofundar a metodologia *Grounded Theory* e a análise qualitativa de dados (utilizando o NVivo), **avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada**, e dotando a minha prática clínica de ferramentas essenciais baseadas na evidência, **incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências**.

O tema da minha dissertação — “Transição para o papel de membro da família prestador de cuidados da pessoa com deficiência mental profunda” — possibilitou-me uma compreensão aprofundada de processos de transição complexos, permitindo-me incorporar resultados de investigação relevantes na minha prática clínica **demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**.

A defesa da dissertação e a sua divulgação em poster (bem como a formação de pares em serviço) contribuiu para o desenvolvimento da capacidade **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 me deparo**.

Também a minha experiência em Estágio de Docência, durante um semestre (70 h), numa Escola de Enfermagem da região centro, constituiu uma mais-valia na complementaridade dos diferentes domínios de competências. A minha colaboração na UC de Fundamentos de Enfermagem, em contexto de aulas práticas com duas turmas de estudantes, permitiu-me **analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica**.

Esta experiência reforçou ainda a minha capacidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, ao assumir o papel de modelo profissional e facilitador da aprendizagem, e potenciou uma reflexão crítica sobre a minha própria prática, consolidando competências no domínio da formação enquanto eixo estruturante da minha atuação enquanto Enfermeiro Especialista, **promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**.

Da formação pessoal destaco a participação, enquanto formanda, em diversos temas de Formação em Serviço realizados ao longo dos anos, bem como em formações que tenho vindo a realizar desde a conclusão da Licenciatura em Enfermagem. Destaco o “*Curso de Enfermagem nas Feridas e Úlceras Cutâneas*” (42 h) do Instituto de Formação em Enfermagem, Lda, cujo trabalho final deu origem ao artigo *Estudo de caso de úlceras de pressão — evolução com base na localização* (Caçoilo, 2010), publicado na edição n.º 264 da revista *Nursing*. o curso de Análise Qualitativa pela Universidade de Aveiro, em 2012; o Curso de Formação de Formadores do IEF; o curso FINE referido anteriormente, entre outros.

O meu ingresso no 18.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica representou, assim, o momento de formalizar e aprofundar o conhecimento teórico que sustenta a prática clínica. As unidades curriculares do primeiro ano foram determinantes para estruturar o pensamento crítico e para a atualização científica, permitindo-me visitar conceitos e elevar o nível de intencionalidade nos cuidados.

Após refletir sobre o percurso efetuado até então, pude identificar necessidades formativas na área da especialidade e orientar estrategicamente o estágio final para áreas onde a minha aquisição de competências carecia de maior investimento prático, nomeadamente a Neonatologia Intensiva, a Urgência Pediátrica e os CSP, **identificando as necessidades formativas na minha área de especialidade.**



### **3. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO E DOS CONTEXTOS FORMATIVOS**

A UC Estágio Final e Relatório compreende 360 horas de estágio distribuídas por três contextos [Neonatologia (90 horas), SUP (90 horas) e CSP (180 horas)], 20 horas de Seminário, 20 horas de Orientação Tutorial (OT) e 440 horas de trabalho individual (das quais 200 horas destinadas à elaboração do relatório), perfazendo um total de 840 horas e 30 ECTS. O contexto de estágio em CSP privilegiou a intervenção na comunidade através da UCC) contemplando igualmente a passagem por uma USF.

Apresenta-se, de seguida, a caracterização de cada contexto.

#### **3.1 Serviço de Neonatologia**

O contexto de estágio em Neonatologia decorreu entre 4 e 30 de setembro de 2025, perfazendo um total de 90 horas de contacto e 55 horas de trabalho individual, tendo sido realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de uma Unidade Hospitalar da zona norte do país. Esta valência integra a Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, uma estrutura intermédia que coordena a atividade clínica e administrativa de dez serviços e conta com mais de 700 colaboradores. A diferenciação destes serviços permite a resposta a patologias raras e complexas, integrando áreas como a Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatologia, Obstetrícia, Oncologia Pediátrica, Pediatria, as Urgências de Obstetrícia e Ginecologia e Urgência Pediátrica, além da Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez.

O Serviço de Neonatologia fundado, enquanto tal, em 1996 mas organizado no Departamento de Pediatria desde 1983, é constituído por 17 médicos neonatologistas, 53 enfermeiros (quadro base), dos quais 21 são enfermeiros especialistas em SIP, 8 assistentes operacionais e 1 assistente técnico. A organização operacional distribui-se por sete equipas fixas, equilibradas entre elementos experientes e recentes, garantindo que os turnos são assegurados pelos mesmos colegas para promover a estabilidade e coesão.

A missão do Serviço, enquanto parte de um hospital universitário de nível III, pauta-se pela prestação de cuidados de excelência, ética e humanização. A visão estratégica foca-se na consolidação como Centro de Referência nacional em áreas específicas como a Cardiologia

Pediátrica, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Oncologia Pediátrica, Cirurgia Cardíaca e Pediátrica, Neurocirurgia, entre outras valências médicas e cirúrgicas.

Funcionalmente, o Serviço divide-se em cinco setores. A UCIN é uma unidade de nível III com 17 postos (10 intensivos e 7 intermédios), recebendo RN *inborn* e *outborn*. A complexidade dos cuidados prestados abrange desde a prematuridade extrema (23 semanas) a patologias cirúrgicas complexas, exigindo o domínio de reanimação neonatal avançada e de todas as modalidades de ventilação mecânica e uso de óxido nítrico. São rotineiros procedimentos invasivos e técnicas avançadas de suporte de vida. A unidade distingue-se ainda por ser um Centro de Formação NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program).

Em articulação direta com a UCIN está a Sala de Partos, a Obstetrícia, a Consulta Externa e o Banco de Leite Humano do Norte, que desempenha um papel vital na recolha e distribuição de leite pasteurizado para recém-nascidos vulneráveis de toda a região, sendo constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui Nutrição, Farmácia e Patologia Clínica.

### **3.2 Serviço de Urgência Pediátrica**

O contexto de estágio no SUP decorreu entre 1 e 25 de outubro de 2025, totalizando 90 horas de contacto e 55 horas de trabalho individual. O estágio teve lugar no SUP de uma Unidade Hospitalar da região centro do país e que se encontra integrado no Departamento da Mulher e da Criança. Este departamento abrange uma vasta área de influência de cerca de 280 mil habitantes, dos quais aproximadamente 48 mil são crianças e jovens com menos de 18 anos, servindo as populações de nove concelhos.

O SUP, embora fisicamente contíguo à Urgência Geral, mantém circuitos independentes e autonomia funcional sob a alçada da Direção do Serviço de Pediatria, funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana. A sua estrutura está organizada para garantir uma resposta célere a utentes desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, iniciando-se o fluxo pela Triagem de Manchester para priorização clínica. Em termos físicos, o serviço compreende uma Sala de Emergência equipada para estabilização de doentes críticos, uma Unidade de Internamento de Curta Duração (Sala de Observações) com capacidade para seis camas/berços destinada a vigilância inferior a 24 horas, e uma Área de Ambulatório composta por dois gabinetes médicos e um *open space* com cinco postos para tratamentos

rápidos. A equipa médica é constituída, por norma, por quatro elementos por turno (dois a três pediatras), sendo que um destes elementos assegura a urgência interna, garantindo a continuidade de cuidados entre a urgência externa, o Bloco de Partos e a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

O SUP é uma Unidade integrante do Departamento da Mulher e da Criança da qual fazem também parte os Serviços de Consulta Externa, a Unidade de Neurodesenvolvimento, o Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, e Obstetrícia/Ginecologia. Integra uma equipa de 29 enfermeiros, 10 dos quais enfermeiros especialistas em SIP.

A missão do serviço centra-se na prestação de cuidados diferenciados e humanizados, em parceria com a família, respeitando a Carta da Criança Hospitalizada. Privilegia-se o tratamento em ambulatório para minimizar o impacto na vida da criança e promove-se a educação para a saúde. Além da vertente assistencial, o serviço assume um forte compromisso formativo, possuindo idoneidade para o Internato Médico de Pediatria e Medicina Geral e Familiar, e acolhendo estágios pré e pós-graduados de medicina, enfermagem e outros técnicos de saúde, fomentando a atualização permanente e a investigação clínica.

### **3.3 Cuidados de Saúde Primários**

O contexto de estágio em CSP perfaz um total de 180 horas de contacto e 110 horas de trabalho individual, tendo sido realizado numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro, integrando duas unidades funcionais distintas sediadas no mesmo Centro de Saúde: a UCC e uma das suas USF.

A UCC serve uma população de aproximadamente 86.000 utentes e conta com uma equipa constituída por 17 enfermeiros e um secretário clínico. A sua missão centra-se na prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, dirigidos especialmente às pessoas e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física/funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, visando a obtenção de ganhos em saúde na sua área geográfica. A visão da unidade é ser uma referência, disponível para novos projetos, confiante e solidária, assumindo a saúde da população como o seu principal compromisso. A sua atuação pauta-se por valores de

cooperação, respeito pelo próximo, ética e competência, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, bem como pela articulação com outras unidades funcionais e parcerias com estruturas da comunidade local, como Autarquias, Segurança Social, IPSS e associações.

Em termos operacionais, a ação da UCC foca-se na intervenção comunitária através de equipas multidisciplinares, das quais faz parte a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e a Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) e o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). Os seus projetos estruturantes abrangem áreas como a Parentalidade, vigilância de saúde de grávidas e crianças até aos 2 anos de idade da Lista sem Médico de Família (LSM), o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), bem como programas de literacia em saúde mental e inclusão social.

A componente de estágio realizada na USF decorreu numa unidade que se organiza segundo o Modelo B. Esta unidade serve cerca de 14.500 utentes e possui uma equipa constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros (dos quais, 1 especialista em SIP), 6 secretários clínicos e 3 médicos internos. Caracterizada por uma gestão por objetivos focada em incentivos de desempenho e qualidade, a unidade opera através do trabalho em "equipa de família" (médico, enfermeiro e secretário clínico). A sua carteira de serviços inclui a vigilância de saúde infantil e juvenil, saúde materna e planeamento familiar, gestão da diabetes e hipertensão, vacinação e tratamentos de enfermagem, assumindo-se como a porta de entrada preferencial e privilegiando a acessibilidade e a continuidade da relação terapêutica.

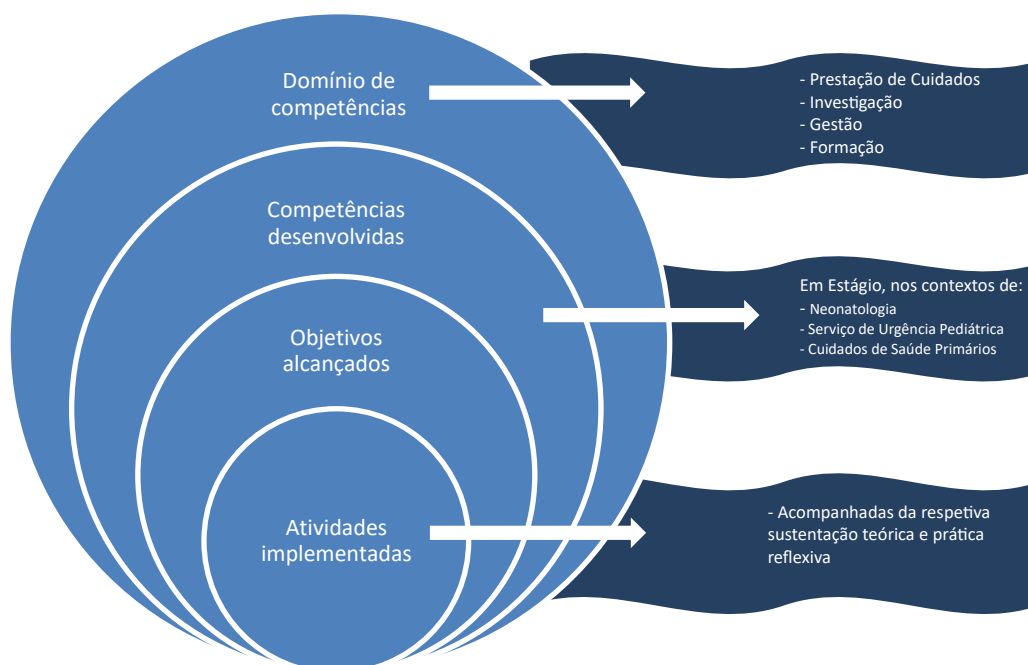
A missão é prestar cuidados personalizados, globais, equitativos, eficientes e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus colaboradores, visando o bem-estar e a qualidade de vida de todos.

#### 4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constituiu o cerne deste percurso académico e profissional. Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP da OE (OE, 2018) e os objetivos gerais para a obtenção do grau de mestre considerados no plano de estudos e relativos à UC Estágio Final e Relatório, este capítulo reflete a apropriação das competências mobilizadas nos três contextos de estágio: Neonatologia, Serviço de Urgência e CSP.

A análise que se segue foi estruturada de acordo com os quatro domínios de intervenção do Enfermeiro Especialista: **Prestação de Cuidados, Formação, Gestão e Investigação**. Em cada um, procurou-se demonstrar não apenas a concretização de atividades mas, também, a evolução do juízo clínico e a capacidade de tomada de decisão em cenários específicos, integrando a experiência prévia do percurso educativo e profissional com as novas exigências de cada contexto de estágio. Desta forma, este capítulo pôde ser esquematizado da seguinte forma:

Figura 2 - Desenvolvimento de competências



Resumidamente, cada sub-capítulo corresponde a um domínio de intervenção e, em cada um, são apresentadas as competências adquiridas em formato esquemático. Posteriormente, em cada grupo de competências são descritos, a bold, os objetivos delineados e, em itálico,

as atividades desenvolvidas com a correspondente reflexão crítica. A compartimentação das competências em domínios serviu fins organizativos; contudo, a identidade do enfermeiro especialista constrói-se na complexidade da sua interação e na singularidade da abordagem reflexiva do profissional.

#### 4.1 Domínio da Prestação de Cuidados

O domínio da prestação de cuidados constitui a essência da intervenção do enfermeiro exigindo, do enfermeiro especialista, uma abordagem que transita, com fluidez, entre a alta complexidade tecnológica em contexto hospitalar e a intervenção comunitária e preventiva. Constituiu, assim, a dimensão operativa deste percurso formativo.

Tabela 1 - Prestação de cuidados 1

Prestação de cuidados
<i>Competência</i>
• Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

A apropriação da dinâmica funcional e organizacional de cada contexto clínico constituiu um eixo fundamental do meu percurso, visando dar resposta ao objetivo de **integrar a dinâmica funcional de cada serviço e a filosofia de cuidados, com especial enfoque na integração da prática diferenciada dos enfermeiros especialistas**. Considero que a *realização de uma análise situacional preliminar* — abrangendo a cultura das equipas e a macroestrutura do serviço — foi um pré-requisito indispensável para a mobilização eficaz destas competências especializadas.

No Serviço de Neonatologia, a integração processou-se com fluidez, facilitada pela minha experiência profissional nesta área. *A sistematização do processo de cuidados* — desde a passagem de turno e planeamento da assistência, à execução de intervenções em parceria e respetiva documentação — decorreu de forma consolidada.

Em contrapartida, o SUP impôs desafios distintos, exigindo elevada flexibilidade adaptativa face à rotatividade funcional entre postos de trabalho. Caracterizado por uma dinâmica célere e pela simultaneidade de solicitações, este contexto demandou intervenções focadas na

resolução de situações agudas e na estabilização imediata. A interiorização destes fluxos e o aprimoramento da capacidade de triagem e priorização clínica permitiram-me assegurar uma resposta assertiva às necessidades urgentes do binómio criança/família.

Relativamente aos CSP, a disparidade do modelo organizacional face ao meio hospitalar exigiu um período de adaptação mais prolongado. Enquanto as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil apresentaram uma estrutura linear (acolhimento, intervenção, registo e planeamento), facilitando o enquadramento na dinâmica das mesmas, a UCC revelou maior complexidade. A gestão de múltiplos programas — desde a promoção da Parentalidade e da Saúde Escolar até à articulação com a CPCJ — requereu uma compreensão aprofundada das especificidades de cada carteira de serviços. Após a assimilação destas dinâmicas, foi possível transitar para um estágio de desenvolvimento proficiente de competências avançadas em enfermagem de saúde infantil.

Neste sentido, os contextos impuseram desafios que me impeliram a **aprimorar a comunicação entre pares e com a equipa multidisciplinar, bem como a refinar técnicas relacionais e metodologias de trabalho.**

Tabela 2 - Prestação de Cuidados 2

## Prestação de cuidados

### Competências

- Gerir, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da sua área de especialização

*Enquadrar informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada, aliada à discussão sistemática e reflexiva com as equipas e permitiu-me, não só, **aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na área da Saúde***

**Infantil e Pediátrica** mas, também, perceber e construir diferentes métodos de análise de situações complexas, diferentes abordagens e formas de cuidar. Mantendo esta postura de consciência crítica e análise pude, ao longo deste percurso, consolidar a capacidade de reação perante situações imprevistas de forma consistente e fundamentada.

Na Neonatologia, foram várias as práticas, procedimentos e cuidados transversais à minha realidade profissional, o que possibilitou um amadurecimento das competências anteriormente descritas neste contexto. Os elementos diferenciadores associados a uma Unidade de Nível III aumentaram a exigência e a necessidade de conhecimento teórico-prático, tendo por base, essencialmente, o RN com Prematuridade Extrema, Patologia Cardíaca ou Patologia Cirúrgica.

O RN gravemente doente ou instável exigiu cuidados clínicos avançados, mas demandou, essencialmente, um amadurecimento na tomada de decisão, onde a observação e avaliação holística, o estabelecimento de prioridades e uma abordagem ponderada e meticulosa foram prioritários. Foi possível **intervir em situações de instabilidade clínica e prestar cuidados de elevada complexidade**, reforçando a importância desta abordagem no cuidado ao RN vulnerável.

Neste sentido, os Cuidados Centrados no Desenvolvimento, fundamentados na Teoria Sinativa de Heidelise assumiram um papel de destaque na minha *prática reflexiva*, o que me permitiu constatar e corroborar a sua pertinência e importância na prática diária de cuidados em UCIN. Pude, assim, **aprimorar as minhas competências nos cuidados neuroprotetores**, baseados no programa NIDCAP (Als, 2019). A integração numa equipa em que a formação FINE é transversal — com todos os enfermeiros a deterem o Nível 1, grande parte o Nível 2 e existindo formadores NIDCAP certificados — proporcionou o ambiente ideal para aprimorar estas competências. A *observação do comportamento do bebé, dos seus sinais de estabilidade e stress e da sua comunicação* revelou-se essencial para definir quando e como cuidar, refletindo-se diretamente nas práticas de toda a equipa. A dificuldade esteve, muitas vezes, em defender “o tempo do bebé” perante a pressão das rotinas hospitalares, principalmente em intervenções de equipas externas à unidade. Esta advocacia constitui uma competência central do EESIP, preservando a neuroproteção e minimizando o impacto nocivo do ambiente de UCIN.

Nesta equação do cuidado, a gestão do controlo ambiental assumiu também um papel preponderante, uma vez que a UCIN constitui um ambiente de potencial sobrecarga sensorial. *As minhas intervenções visaram a redução de estímulos nocivos, como a luminosidade intensa e o ruído excessivo*, cujo papel e importância foram estudados e apresentados por Altimier & Phillips (2013). A implementação de práticas de proteção do sono (como a utilização de cobertas nas incubadoras) e a adequação da luz e do ruído contribuem para um RN neurocomportamentalmente organizado, com os seus ritmos biológicos respeitados e com redução de stress tóxico. Além das vantagens fisiológicas, o bebé torna-se mais disponível para a interação e, conseqüentemente, mais apto para o **estabelecimento de uma vinculação de qualidade**, tendo eu tido oportunidade de implementar estas práticas e observar o seu efeito, durante o estágio.

Neste sentido, o programa NIDCAP transcende o desenvolvimento neurofisiológico afirmando-se, também, como um programa de **cuidados centrados na família**, num total respeito e priorização do binómio RN-família. A possibilidade de permanência dos pais junto dos filhos durante as 24 horas, nesta unidade, constituiu-se como facilitador desta abordagem. Foi possível *envolver os pais nos cuidados (como higiene, alimentação, conforto), incluindo-os nas observações e na tomada de decisão*, estabelecendo assim uma **verdadeira parceria colaborativa**, em detrimento de um papel meramente pedagógico e diretivo por parte do enfermeiro. *Ao capacitar os pais, por exemplo, para a realização do posicionamento do seu bebé e para a leitura dos sinais de aproximação e evitamento*, facilitou-se a construção da identidade parental. Pude, assim, atuar não apenas como prestadora de cuidados, mas também como tradutora da linguagem do RN, validando a premissa de que, na neonatologia, salvar o cérebro e proteger o vínculo é tão prioritário como salvar a vida.

A presença e envolvimento dos pais, o odor materno, a voz e o contacto pele-a-pele nos Cuidados Canguru – (método desenvolvido pelo pediatra colombiano Edgar Rey Sanabria) demonstraram ser intervenções não farmacológicas potentes na estabilização da frequência cardíaca e redução da dor no RN, além de mitigarem a ansiedade e promoverem o sentimento de pertença nos pais (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016). A prática dos Cuidados Canguru transcende a simples regulação térmica, assumindo-se como um catalisador biológico e emocional funcionando, neste contexto de alta complexidade tecnológica, como um “útero externo”, onde a regulação dos sinais vitais do RN ocorrem em sincronia com a

presença parental. Estas foram algumas das mais-valias imediatas da correção que pude observar *in loco*, para além das vantagens a médio e longo prazo, amplamente descritas na literatura, como a redução de doenças neurocomportamentais e dificuldades na aprendizagem (Rey & Martinez, 1983).

A **gestão da dor** constitui um dos alicerces dos cuidados prestados em Neonatologia. Para *avaliação*, as principais escalas utilizadas foram a *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN)* e, para *intervenções ou procedimentos*, a *Premature Infant Pain Profile (PIPPs)*. Além do controlo e gestão farmacológica da dor, as medidas não farmacológicas incluíram as descritas no parágrafo anterior, bem como a sucção não nutritiva, a administração de sacarose a 24% e a contenção (através do *swaddling* para os períodos de repouso do RN, ou da contenção facilitada para os cuidados a quatro mãos). Diferente da estimulação tátil excessiva (que pode ser desorganizadora para o neurodesenvolvimento de um RN pré-termo), a contenção firme e estática oferece limites físicos que mimetizaram a parede uterina, reduzindo o stress e, permitindo aos pais, atuarem como corretores eficazes durante procedimentos dolorosos. Os cuidados a quatro mãos permitem que o bebé esteja contido e organizado através do toque de uma pessoa (preferencialmente um dos pais) e que os cuidados sejam prestados por outra pessoa de forma mais controlada, eficiente e protetora do bebé (Axelin et al., 2006). Foi assim possível **aprofundar competências na gestão da dor e conforto**.

Intimamente ligada a esta filosofia de neuroproteção, encontra-se a gestão nutricional do RN, em que a **promoção do Aleitamento Materno** transcende a dimensão alimentar, afirmando-se como uma intervenção terapêutica e imunológica vital, especialmente no RN de risco. Entendendo o leite materno como um alimento biológico dinâmico e específico para as necessidades do prematuro, a minha intervenção focou-se na *capacitação da mãe para a extração precoce e manutenção da lactação*, muitas vezes em cenários de separação física e *stress* materno elevado, mas também na promoção do aleitamento materno.

Baseada essencialmente em (WHO & UNICEF (2020) e em Boies et al. (2016), foquei a minha intervenção na **capacitação da mãe** para gerir os desafios específicos do RN pré-termo ou doente, iniciando a amamentação apenas após a confirmação da estabilidade fisiológica e de um estado de alerta tranquilo, fundamentais dada a maturação da coordenação sucção-deglutição-respiração. Adaptei o **ensino** do posicionamento à hipotonia característica destes bebés, privilegiando as posições que permitissem maior controlo

cefálico e estabilidade mandibular, orientando simultaneamente a mãe na validação rigorosa dos critérios de uma pega eficaz — nomeadamente, a abertura ampla da boca, assimetria da pega, eversão labial e contacto do queixo. Esta abordagem técnica e pedagógica, sustentada no reforço positivo é determinante para assegurar uma transferência de leite adequada, prevenir traumas mamilares e transformar a ansiedade materna em competência na progressão para a amamentação exclusiva.

Neste contexto, destaquei a *implementação da Colostroterapia, associada aos cuidados à boca do RN*, como uma prática de excelência transversal à unidade que se baseia nos estudos pioneiros de (Rodriguez et al., 2009), que demonstraram que a administração orofaríngea de colostro atua como uma Imunoterapia Oral. Esta intervenção permite a absorção de citocinas e imunoglobulinas através da mucosa oral, estimulando o tecido linfoide associado à orofaringe, proporcionando proteção imunológica mesmo antes do início da alimentação trófica. Mesmo em RN sem indicação para alimentação entérica ou sob ventilação invasiva, a administração de gotas de colostro na mucosa oral permite não só, a absorção de imunoglobulinas como proporciona uma experiência sensorial positiva (estímulo gustativo e olfativo), integrando-se nos **princípios dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento**. Paralelamente, a articulação com o Banco de Leite Humano revelou-se fundamental. Nas situações em que o leite da própria mãe não estava disponível ou era insuficiente, o recurso a leite de dadora pasteurizado garantiu a continuidade de uma dieta exclusivamente humana. A gestão deste processo exigiu rigor na seleção, manipulação e administração, bem como sensibilidade ética para explicar aos pais a importância e segurança desta opção terapêutica.

Em última análise, todas estas intervenções nutricionais atuaram como veículos privilegiados para o **estabelecimento da vinculação e da ligação mãe-filho**. Ao envolver a mãe na produção de “alimento” e nos cuidados de conforto, promoveu-se o sentimento de competência e a proximidade emocional, essenciais para a segurança da díade. Tal como postulou John Bowlby, pai da Teoria da Vinculação, o cuidado físico e emocional são indissociáveis, defendendo que “o amor materno na infância é tão importante para a saúde mental como o são as vitaminas e as proteínas para a saúde física” (Bowlby, 1969). Assim, promover a nutrição adequada foi, simultaneamente, nutrir o laço afetivo que servirá de base segura para o desenvolvimento futuro da criança.

A prestação de cuidados numa UCIN de Nível III exigiu o domínio de um ambiente tecnologicamente denso, onde a competência técnica e o pensamento crítico foram indissociáveis. A minha integração neste contexto pressupôs a aquisição de uma literacia tecnológica avançada, essencial para a manutenção das funções vitais de RN em situação crítica, sem nunca perder de vista a prevenção da iatrogenia, a preservação do desenvolvimento neuropsicomotor e a humanização do cuidado.

O manuseamento do RN ventilado constituiu um dos maiores desafios do estágio. O contacto com a ventilação invasiva exigiu uma vigilância constante da permeabilidade do tubo endotraqueal e a sua fixação segura, de forma a prevenir extubações acidentais. Neste âmbito, a aspiração de secreções em sistema fechado afirmou-se como o *gold standard*.

Complementarmente, **aprofundei conhecimentos** sobre modalidades não invasivas (CPAP, BiPAP), compreendendo a importância das interfaces nasais adequadas para prevenir lesões do septo e garantir a entrega eficaz da pressão positiva. Em **situações de elevada complexidade**, como o domínio da neurocirurgia e cuidados neurocríticos, destacou-se a gestão de dispositivos de acesso ventricular, especificamente o Reservatório de Rickham.

Paralelamente, o pós-operatório de um RN exigiu a minha especial atenção ao constituir um momento de extrema vulnerabilidade. A receção do RN exigiu uma estabilização imediata que contemplou a monitorização hemodinâmica invasiva e o controlo térmico rigoroso. A vigilância dos sistemas de drenagem, a gestão da sedoanalgesia e do conforto, bem como a administração contínua de opióides e sedativos exigiu uma monitorização rigorosa.

Também a preparação e administração de terapêutica se revestiram de uma especificidade crítica. Gerir múltiplas perfusões endovenosas simultâneas, num RN com instabilidade hemodinâmica, implicou um planeamento rigoroso, bem como a preparação e administração de perfusões de nutrição parentérica e perfusões de manutenção. É prática obrigatória do serviço a dupla verificação na preparação de fármacos de alto risco, validando cálculos e diluições, assim como uma metodologia rigorosa e protocolada durante a mesma, o que foi alvo da minha atenção e reflexão. Num ambiente de alta complexidade, o cumprimento de normas e diretrizes uniformes por toda a equipa, aumenta o grau de segurança no procedimento.

Esta segurança estendeu-se à manutenção de acessos vasculares — cateteres arteriais, venosos e umbilicais, e cateteres centrais de inserção periférica. A monitorização invasiva da pressão arterial permitiu uma leitura fidedigna da estabilidade hemodinâmica e a manutenção destes acessos obedeceu a protocolos estritos de assepsia cirúrgica.

Indissociável da componente técnica, a prevenção de lesões por pressão e os cuidados com a pele assumiram um carácter vital, dado que a pele do pré-termo possui um estrato córneo imaturo e permeável. A avaliação do risco de úlceras por pressão focou-se não apenas nas proeminências ósseas, mas sobretudo nas lesões associadas a dispositivos médicos com base na “Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS), validada para Portugal por (C. O. A. Martins & Curado, 2017). A fixação de máscaras de CPAP/VNI, sensores e sondas exigiu rotação e vigilância constantes, utilizando interfaces de proteção, de acordo com as práticas instituídas no contexto de estágio, fundamentadas com pesquisa bibliográfica adicional.

Por fim, toda esta tecnicidade foi envolvida pelos CCD materializados, além do que já foi descrito, nos posicionamentos e na confeção de “ninhos”. O “ninho” é uma ferramenta terapêutica que promoveu a flexão contida, mimetizando o ambiente intrauterino. O posicionamento correto facilitou a mecânica ventilatória, preveniu deformidades posturais e promoveu a autorregulação do RN, reduzindo o gasto energético (Carneiro et al., 2024).

Em suma, a tecnologia na UCIN não substitui o olhar do enfermeiro; pelo contrário, amplifica-o. A minha evolução neste estágio, no domínio da prestação de cuidados, traduziu-se na capacidade de garantir que a alta complexidade técnica serve sempre o propósito maior: o cuidado ao RN e sua família na sua vertente holística.

Ao contrário do ambiente controlado da Neonatologia, o SUP exigiu uma adaptação rápida e um raciocínio clínico transversal, sustentado num domínio fisiopatológico abrangente para **desenvolver competências técnicas e humanas na assistência nas diferentes fases de crescimento/desenvolvimento, de acordo com cada contexto de estágio** — do RN ao adolescente — incluindo um vasto leque de patologias e situações clínicas agudas.

A diversidade e volume de casos impuseram o **desenvolver de competências na Triagem do SUP**, que considero ter conseguido, tendo por base o Sistema de Manchester. Apropriando-me dos princípios sistematizados pelo Grupo de Triagem de Manchester, sob a coordenação de Kevin Mackway-Jones, compreendi que a triagem não é um mero processo

administrativo, mas uma gestão clínica de risco. Perante as queixas de cada criança é selecionado o respetivo fluxograma e a avaliação dos discriminadores, resultando uma cor que corresponde a uma prioridade e a um tempo alvo máximo para o primeiro contacto médico. É importante referir que este tempo é um indicador de qualidade. A Triagem de Manchester foi complementada com a avaliação visual inicial - o Triângulo de Avaliação Pediátrica (Dieckmann et al., 2010). Compreendi que esta ferramenta, introduzida pela American Academy of Pediatrics é o alicerce da primeira impressão clínica, permitindo, em menos de um minuto e, sem contacto físico imediato, distinguir a criança estável da instável. Considero que a minha experiência a avaliar e cuidar crianças se constituiu um fator facilitador deste processo.

A avaliação foca-se na interdependência de três vertentes: a Aparência (avaliando o tónus, interatividade e consolabilidade), o Trabalho Respiratório (identificando sinais de esforço) e a Circulação Cutânea (pesquisando sinais de má perfusão).

A interiorização deste modelo mental permitiu-me antecipar cenários de gravidade. Por O TAP constituiu-se, assim, como o meu 'sexto sentido' técnico, garantindo que a tecnologia e os algoritmos de triagem fossem sempre validados pela observação direta.

A apropriação de fluxogramas específicos — nomeadamente “Criança Irritável”, “Criança que não se sente bem” e “Pais Preocupados” — exigiram estudo aprofundado de discriminadores complexos para melhor compreender a decisão clínica e reduzir a variabilidade na atribuição de prioridades.

Neste contexto de triagem e admissão, identifiquei constrangimentos significativos na implementação plena do programa “Ligue Antes, Salve Vidas” (SNS, 2024). A ansiedade parental e a perceção de ameaça imediata sobrepuseram-se frequentemente à indicação para contacto prévio, conduzindo ao recurso direto ao SUP. Por outro, verificaram-se incongruências nos fluxos de referência: mesmo quando orientadas para o SUP pela Linha de Saúde24, crianças triadas posteriormente com baixa prioridade (pulseira azul ou verde) eram, protocolarmente, redirecionadas para os CSP. Contudo, esta referência inversa revelou-se complexa e muitas vezes ineficaz, nomeadamente aos fins de semana ou por inexistência de vagas nas unidades locais. Esta rutura na rede de apoio obrigava frequentemente ao retorno da criança à urgência para avaliação final, gerando um circuito

de “vai-vem” que precipitou situações de tensão e conflito com as famílias, as quais a equipa de urgência acabou por absorver para garantir a segurança da criança.

Ainda no âmbito da diversidade clínica, o SUP expôs-me ao desafio de **desenvolver competências no cuidado à criança com necessidades de saúde especiais e suas famílias e de assistir crianças com doença crónica, dependência e/ou incapacidade**. Nestes casos, valorizei o conhecimento dos pais como peritos na "linha de base" da criança, distinguindo a descompensação aguda da condição de base. A intervenção técnica implicou o manuseamento de dispositivos específicos (PEG, traqueostomias), mas sobretudo uma sensibilidade humana acrescida para comunicar com crianças com limitações cognitivas ou motoras, adaptando o exame físico para minimizar o desconforto.

Para além da gestão da entrada, a intervenção no “OpenSpace”, na “Área Respiratória” e na Sala de Observações (SO), com apenas 6 vagas para monitorização e vigilância até 24 horas foi determinante para a definição do plano terapêutico e para a adequação a cada posto de trabalho. A gestão de cuidados no SO exige monitorização contínua através de um desafio diário de gestão de fluxo entre a alta e o internamento.

Já a intervenção na Sala de Emergência constituiu o expoente máximo de exigência técnica para **intervir em situações de instabilidade clínica ou cuidados de elevada complexidade**. Perante a criança em situação crítica, a atuação baseou-se na abordagem sistematizada ABCDE e nos algoritmos de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (AHA, 2020). Neste cenário, a participação centrou-se na antecipação, preparação do carro de emergência e apoio à gestão da via aérea. A eficácia destas manobras dependeu intrinsecamente da dinâmica de equipa e de uma comunicação adequada, garantindo a segurança da execução. Nos casos que exigem transferência para outras unidades hospitalares através do Transporte IntraHospitalar (TIP), é assegurada a estabilização da criança e garantida a continuidade de cuidados, *cuja passagem de dados tem por base o método ISBAR Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SA Health, n.d.)

Paralelamente, a gestão farmacológica revestiu-se de particular risco devido à necessidade de cálculos rápidos de doses ponderais. Aprofundaram-se competências na preparação e administração de terapêutica interiorizando, uma vez mais, a cultura de segurança através, entre outros exemplos, da dupla verificação. Simultaneamente, o treino de técnicas invasivas

em crianças e adolescentes exigiu conhecimento, treino e adaptação às diferentes faixas etárias.

A nível conceptual, o SUP colocou novos desafios à abordagem aos pais, **tendo por base a parceria de cuidados** fundamentada no Modelo de Anne Casey, (1988). Caracterizada pela celeridade, a parceria focou-se na negociação do cuidado possível no momento. A admissão no SUP configura, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), uma transição situacional crítica, marcada por inibidores como a ansiedade e a perceção de ameaça. Perante este enquadramento, o meu papel foi **promover a parentalidade** e a **capacitação parental, através de ensino, instrução e treino**, visando transformar cada interação num momento de *empowerment*. Como exemplos prático destacaram-se, entre outros, o ensino relativo à gestão da febre, a administração correta de terapêutica oral e o treino técnico para utilização da Câmara Expansora. Esta estratégia visou assegurar que os pais saíssem do serviço dotados de conhecimentos e confiança para gerir o processo de doença possibilitando **promover a saúde e prevenir a doença na criança/jovem** no domicílio.

No que concerne às estratégias de conforto, assumi o compromisso de **aprofundar competências na gestão da dor, conforto e humanização de cuidados**. Neste âmbito, integrei também, de forma proativa, o objetivo de **promover o aleitamento materno**, incentivando a amamentação como medida de analgesia (durante intervenções ou procedimentos) ou como método preferencial de reidratação em gastroenterites ligeiras. Esta prática serviu também para proteger a **ligação mãe-filho/vinculação**, utilizando o colo materno, contenção e a sucção como organizadores neurocomportamentais fundamentais em ambiente hostil. Em contexto crítico, na abordagem a crianças e adolescentes, *promovi a presença da família* reconhecendo que, quando acompanhada, a presença parental reforça a confiança e reduz a ansiedade, sem interferir na atuação técnica.

Ainda no âmbito prestação de cuidados em SUP, a especificidade do adolescente mereceu destaque. A abordagem exigiu respeito pela privacidade e autonomia progressiva. Em situações de risco comportamental, asseguraram-se momentos de entrevista sem a presença dos pais. Destaco a ocorrência em que uma jovem de dezassete anos recorreu por sua iniciativa ao SUP por conflitos com a mãe, referindo não se sentir segura em casa. Esta situação obrigou-me a mobilizar a competência de **identificar, intervir e encaminhar situações de vulnerabilidade**. Para além da gestão clínica, foi necessária uma articulação complexa com o NACJR e a equipa médica para garantir a proteção dos direitos da menor e

o devido encaminhamento, equilibrando o segredo profissional com o dever de proteção, garantindo que a alta não significava o regresso a um ambiente de perigo.

A exposição contínua ao sofrimento exigiu o desenvolvimento da gestão emocional (através da prevenção de fadiga e de técnicas de *debriefing*). O aprofundamento destas competências permitiu consolidar uma visão holística e resiliente da enfermagem pediátrica de urgência. Mesmo perante a celeridade imposta pelo serviço, manteve-se o rigor na documentação e o compromisso ético de que cada admissão no SUP é uma oportunidade para cuidar, educar e proteger.

Transversalmente, nos CSP, a parceria de cuidados revestiu-se de uma natureza distinta, caracterizada pela longitudinalidade e pela **promoção do desenvolvimento infantil**, em estrito cumprimento com os Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na USF é realizada uma abordagem sistemática à unidade familiar. Não tendo tido oportunidade de aplicar os instrumentos de avaliação estrutural e funcional implementados na Unidade, como o Genograma e o Ecomapa baseados no Modelo de Avaliação da Família de Calgary (Wright & Leahey, 2013) pude, contudo verificar que esta sistematização permite ajustar o plano de cuidados ao contexto sociofamiliar da criança. Esta intervenção estruturada reflete-se no reforço da literacia em saúde, na adesão aos ensinamentos realizados, na confiança e autonomia parental e na gestão da doença. Como referido, não tendo tido oportunidade de aplicar estes instrumentos, foi-me possível observar e refletir acerca dos seus efeitos na relação de confiança entre enfermeira e utentes/famílias e estabelecer a comparação e **realizar a vigilância de saúde tendo em conta as fases de crescimento/desenvolvimento** realizada em contexto de UCC.

Nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, a *avaliação objetiva do desenvolvimento psicomotor regeu-se pelos parâmetros de referência de Mary Sheridan*, integrados nas orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Utilizou-se esta sistematização para avaliar as aquisições nas quatro áreas-chave: postura e grandes movimentos; visão e manipulação fina; audição e linguagem; e comportamento social. Esta abordagem estruturada é fundamental para o rastreio precoce de desvios e para garantir que os marcos normativos são atingidos em cada idade chave. A diversidade da casuística, desde o lactente ao adolescente, permitiu o **desenvolvimento de competências técnicas e humanas na assistência às diferentes fases de crescimento**.

Contudo, na minha prática reflexiva procurei integrar a filosofia de T. Berry Brazelton, (1992) e o modelo *Touchpoints*. Entende-se que, para promover a verdadeira capacitação parental, é necessário ajudar os pais a compreender o comportamento da criança para além da avaliação normativa (Sheridan). Assim, prevê-se a avaliação como um momento de intervenção: na avaliação neurológica, utilizam-se princípios da NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale) para demonstrar as competências do RN, validando a intuição dos pais. Na orientação antecipatória, o conceito de *Touchpoints* permite explicar que o desenvolvimento não é linear, antecipando os períodos de desorganização comportamental que frequentemente precedem novas aquisições motoras. Desta forma, reduz-se a ansiedade parental e reenquadram-se "comportamentos difíceis" como sinais de progresso maturativo, capacitando a família como promotora ativa do potencial da criança.(Brazelton, 1992)

Ainda no âmbito da vigilância de saúde, a execução do Programa Nacional de Vacinação (PNV) assumiu particular importância. Este momento não foi encarado como um mero ato procedimental, mas como uma **oportunidade de educação para a saúde** e de gestão rigorosa da dor, cumprindo a Norma da DGS n.º 014/2016 – “A dor como 5º sinal vital” (SNS 2016). Implementaram-se estratégias não farmacológicas de alívio da dor promovendo uma experiência positiva e minimizando o trauma associado à injeção, bem como na realização do Rastreio das Doenças Metabólicas – “teste do pezinho”.

Na área da Parentalidade, a intervenção iniciou-se na fase pré-natal, através dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade. Nestas sessões, o foco centrou-se na transição de papéis, gestão de expectativas sobre o RN e capacitação parental.

A abordagem ao adolescente exigiu também competências específicas. A consulta pautou-se pela garantia de privacidade e confidencialidade, essenciais para a abordagem de comportamentos de risco. A entrevista clínica procura, entre outros, desenvolver um rastreio holístico de vulnerabilidades psicossociais e a promoção da saúde sexual e reprodutiva, conforme preconizado no PNSIJ (Direção Geral da Saúde, 2013).

No que concerne à **Saúde Escolar, a promoção da saúde e prevenção da doença** assumiram destaque através da minha **intervenção no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar** (SNS, 2015). *Operacionalizei este desígnio desenvolvendo uma atividade de educação para a saúde dirigida à idade Pré-Escolar sobre "Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde Oral" (apresentada no Apêndice 1)*. No planeamento da atividade,

baseei-me no Eixo 2 do PNSE que visa a capacitação da comunidade educativa. Compreendendo que a escola é o local privilegiado aumentar a literacia em saúde das crianças, adotei a abordagem das 'Escolas Promotoras de Saúde' preconizada pela (WHO, 2021). Esta intervenção não se esgotou na transmissão de conhecimentos; constituiu um momento de proximidade onde utilizei estratégias lúdico-pedagógicas adaptadas ao estadió de desenvolvimento das crianças para promover a adoção precoce de estilos de vida saudáveis. Neste contexto, foi aplicado pelo respetivo membro que integra a equipa interdisciplinar o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), realizando a avaliação de risco e o encaminhamento para cheque-dentista, garantindo o acesso a cuidados curativos e preventivos (DGS, 2008).

Contudo, aprofundando a análise das competências do Enfermeiro Especialista, compreendi que a Saúde Escolar transcende a educação para a saúde em grupo. O papel do EESIP engloba a **gestão complexa de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE)**, sendo fundamental para garantir o direito à educação num ambiente seguro e inclusivo, especificamente na gestão de casos de doença crónica e/ou de situações de risco de vida (OE, 2018; DGS 2015).

Identifiquei que a competência central do EESIP neste domínio reside na elaboração, implementação e monitorização do Plano Individual de Saúde. Este instrumento é o garante da segurança da criança na escola, pois define a atuação perante descompensações e, crucialmente, orienta a capacitação da comunidade educativa. Embora a gestão operacional destes processos de NSE estivesse, nesta ULS, sob a alçada da Unidade de Saúde Pública (USP) - motivo pelo qual não tive oportunidade de intervir diretamente na gestão de caso, esta barreira organizacional serviu de mote para refletir sobre a importância da articulação entre as várias unidades dos CSP. Compreendi que a eficácia da Saúde Escolar depende de uma comunicação fluida entre a UCC, a USP e a Família, assegurando que a escola é, efetivamente, um ambiente salutar e seguro para todas as crianças, independentemente da sua condição crónica ou dependência.

Durante as **sessões de Educação para a Saúde** constatei a importância da proximidade com a comunidade que é conseguida neste contexto e que é crucial para **identificar, intervir e encaminhar situações de vulnerabilidade, exigindo um conhecimento profundo das redes de proteção**. Aprofundando a intervenção em rede, compreendi que a proteção da

criança exige mais do que a mera identificação do risco; exige uma atuação sistêmica e concertada.

A minha prática no âmbito do SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) foi limitada por condicionantes do contexto de estágio. No entanto, pude acompanhar o trabalho desenvolvido e discutir a sua intervenção. Foi possível compreender que o papel do Enfermeiro Especialista não se pode esgotar na aplicação de escalas e formulários em ambiente controlado de gabinete. Reconheci a importância vital da ida à escola e da observação em contexto real de sala de aula. É neste ambiente ecológico — onde a criança interage com pares e enfrenta desafios reais — que podem ser validadas suspeitas e observadas competências funcionais impossíveis de detetar numa consulta estruturada. Esta abordagem de proximidade só é possível devido à relação de confiança estabelecida com o enfermeiro, que atua, neste contexto, como Gestor de Caso. Percebi que a eficácia da intervenção precoce depende intrinsecamente da confiança que os pais depositam neste profissional. É esta aliança que permite à família aceitar a entrada de técnicos na escola e, na sua intimidade, transformando o Gestor de Caso num mediador essencial que capacita a família e articula as respostas das Equipas Locais de Intervenção (ELI), garantindo o apoio na 'janela de oportunidade' da neuroplasticidade (DGE, 2026).

Relativamente ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a minha atividade também se centrou na avaliação e discussão acerca do papel do enfermeiro especialista na equipa, podendo compreender melhor a dinâmica e os tipos de apoio que podem ser dados às crianças e jovens. Compreendi o NACJR como uma estrutura de suporte de primeira linha, cujo objetivo é capacitar a família e remover o perigo sem necessidade de judicialização ou intervenção invasiva imediata. A estratégia foca-se em trabalhar *com* a família, mobilizando recursos da comunidade para mitigar o risco, privilegiando sempre a manutenção da criança no seu meio natural, com segurança.

Por fim, na articulação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, desenvolvi a competência ético-legal de definir o limiar de intervenção. Tive a oportunidade de assistir a reuniões de abertura de caso, reuniões da equipa nuclear, visitas domiciliárias e avaliação e intervenção de vários casos. Adquiri competências na fundamentação técnica da sinalização de caso, compreendendo que esta medida mais formal deve ocorrer quando o suporte do NACJR e os mecanismos da comunidade se revelam insuficientes ou quando a adesão da família é inexistente. Pude, pelo que foi descrito, **identificar determinantes sociais da**

**saúde, fatores de risco e proteção no contexto familiar e comunitário.** Esta vivência permitiu-me exercer uma advocacia assertiva, onde o foco se manteve inabalável no superior interesse da criança, equilibrando o apoio à parentalidade com o dever imperativo de proteção (DGS, 2011).

Tabela 3 - Prestação de Cuidados 3

## Prestação de cuidados

### Competências

- 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

O desenvolvimento das competências de comunicação no relacionamento com a criança e a família constituiu um eixo estruturante do meu percurso de estágio, exigindo uma adaptação contínua aos diferentes contextos de prática clínica. Ao longo deste percurso, procurei **desenvolver e aprimorar estratégias de comunicação com os pais e com a criança, em função da sua idade, o seu desenvolvimento psicomotor e a sua condição de saúde/doença**, reconhecendo que a eficácia da intervenção depende da adequação da linguagem, da postura e das estratégias comunicacionais ao estágio de desenvolvimento e ao contexto sociofamiliar.

A minha postura profissional ancorou-se em referenciais teóricos clássicos e intemporais da enfermagem e das ciências humanas, cuja validade se mantém transversalmente aos contextos contemporâneos. A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, (1952) permitiu-me compreender a enfermagem como um processo interpessoal e terapêutico, no qual a relação constitui o eixo central do cuidado. Esta perspetiva foi complementada pela Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers (1951), através da escuta ativa, da atitude não julgadora e da empatia, reconhecendo que a qualidade da relação condiciona diretamente a aceitação da intervenção. Paralelamente, mobilizei os contributos da teoria da comunicação humana de Watzlawick et al.(1967), assumindo que não existe não-comunicação, interpretando cada comportamento, silêncio ou sinal fisiológico como um ato comunicativo com significado clínico.

Em contexto hospitalar, particularmente na Neonatologia, a comunicação foi profundamente influenciada pela incapacidade verbal do RN e pelas barreiras físicas do ambiente

tecnológico. A minha intervenção baseou-se na leitura de sinais fisiológicos e comportamentais, distinguindo sinais de stress e de estabilidade, validando os pressupostos de Heidelise Als. O toque contido, a modulação do tom de voz, o respeito pelos ciclos de sono e o silêncio terapêutico assumiram-se como instrumentos comunicacionais essenciais. Simultaneamente, a abordagem comunicacional estendeu-se à família enquanto sistema, adotando uma perspetiva sistémica sustentada no Modelo de Avaliação e Intervenção na Família de Calgary (Wright & Leahey, 2013). Compreendi que a hospitalização da criança desorganiza o equilíbrio familiar, pelo que as intervenções comunicacionais visaram não apenas informar, mas promover adaptação, coping e participação ativa dos pais, em consonância com os princípios atuais dos Cuidados centrados na família (Westrup, 2014).

No SUP, a comunicação foi condicionada pela dor, pelo medo e pelo ambiente ruidoso e imprevisível. A minha intervenção orientou-se pelos princípios dos Cuidados Atraumáticos, procurando minimizar o sofrimento e preservar a dignidade da criança, articulados com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003). Reconhecendo a distinção entre comunicação verbal e não verbal, procurei garantir coerência entre discurso, postura e toque, consciente de que a criança descodifica prioritariamente a dimensão analógica da comunicação.

A adaptação comunicacional foi sistematicamente orientada pelos estádios de desenvolvimento descritos por Jean Piaget & Inhelder (1969) e Erik Erikson (1950) cuja relevância permanece como referência nuclear para compreender o pensamento mágico, o pensamento concreto, a necessidade de autonomia, a construção da identidade e o medo da separação. Esta fundamentação teórica sustentou a operacionalização prática da comunicação terapêutica, ajustada a cada faixa etária, conforme se descreve seguidamente.

As estratégias comunicacionais mobilizadas foram essencialmente:

Nos CSP e, com especial preponderância, na UCC a complexidade comunicacional intensificou-se pela diversidade cultural e vulnerabilidade social. Neste contexto, mobilizei os pressupostos da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1991), procurando compreender as necessidades subjacentes aos comportamentos parentais antes de intervir. As estratégias de comunicação visaram igualmente promover a literacia em saúde, capacitando os pais para a tomada de decisão informada, em alinhamento com modelos contemporâneos de Literacia em Saúde e com orientações nacionais e internacionais (WHO, 2013, DGS, 2019, DGS, 2022).

Em síntese, este percurso permitiu-me consolidar uma comunicação terapêutica intencional, flexível e fundamentada, integrando referenciais clássicos e atuais, assegurando que a relação com a criança e a família se estruturasse numa lógica de confiança, parceria e adaptação contínua ao desenvolvimento e ao contexto sociocultural.

Tabela 4 - Prestação de Cuidados 4

## Prestação de cuidados

### Competências

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas

A tomada de decisão e a análise reflexiva acerca das responsabilidades éticas e sociais exigiu uma adaptação transversal e dinâmica aos diferentes cenários da prática clínica. A importância de **respeitar os princípios culturais, éticos e legais na prestação de cuidados** não se manifestou de forma uniforme: variou conforme a agudeza, o grau de vulnerabilidade da criança e da família e o contexto sociofamiliar. No hospital a decisão assumiu frequentemente contornos de elevada densidade ética enquanto que, nos CSP, exigiu maior continuidade, negociação cultural e gestão de confidencialidade, com uma responsabilidade social particularmente visível.

Em Neonatologia, a minha intervenção centrou-se na vulnerabilidade extrema do RN e na elevada carga emocional dos pais, frequentemente expostos a incerteza clínica e stress agudo. Neste contexto, a decisão fundamentada exigiu-me uma integração constante entre evidência, prioridades clínicas e princípios éticos.

A gestão do consentimento informado é particularmente exigente: percebi que não basta “informar”; é necessário garantir compreensão real, respeitando o direito a esclarecimento e participação nas decisões, mesmo quando o tempo é limitado e as emoções são intensas. A (Lei n.º 15/2014, de 21 de março, 2014) reforça este enquadramento, ao consolidar os direitos do utente à informação e à participação nos cuidados. Durante o estágio, refleti particularmente acerca do caso de um RN com decisão de *Do Not Resuscitate* (DNR) acordada em reunião multidisciplinar, assegurando a presença dos pais e o acompanhamento pela equipa de cuidados paliativos. Simultaneamente, a ação clínica foi balizada pelos princípios da deontologia profissional, que enquadram o respeito pela dignidade humana, a responsabilidade perante a sociedade e o compromisso com a qualidade/excelência do

cuidado. Este referencial ajudou-me a sustentar decisões difíceis (por exemplo, priorização de intervenções, proteção do conforto, apoio emocional e comunicação estruturada com os pais), preservando o RN e a família como centro do cuidado (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril).

Um aspeto decisivo foi compreender que, em Neonatologia, a decisão ética raramente é “apenas clínica”: é também relacional. *Integrar os pais como parceiros passou a ser uma estratégia de qualidade e segurança*, diminuindo a distância entre “decidir sobre” e “decidir com”.

No SUP, exerci esta competência sob a pressão do tempo e da imprevisibilidade. Aqui, a decisão clínica é frequentemente rápida e protocolada, exigindo raciocínio objetivo, priorização e atuação em equipa.

Contudo, a minha responsabilidade não se esgotou na resposta ao problema agudo. O SUP revelou-se um lugar crítico para a vigilância ativa de sinais de negligência, violência ou maus-tratos, onde a decisão ética implica, por vezes, escolher entre a preservação da privacidade familiar e o dever de proteção. A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo estabelece o quadro legal para a intervenção em situações de perigo (Assembleia da República, 1999).

A sinalização e a articulação com mecanismos formais (nomeadamente o NACJR) tornam-se parte integrante do cuidado como expressão do superior interesse da criança. Este princípio encontra suporte na Convenção sobre os Direitos da Criança (United Nations, 1989)

Neste ponto, reconheci que a decisão fundamentada no SUP exige uma competência dupla: clínica (agir depressa, com rigor) e ética-social (não ignorar sinais de risco, mesmo quando isso implica desconforto ou conflito).

Contudo, foi no âmbito dos CSP que a experiência se revelou mais desafiante, sobretudo pela complexidade das relações, pela continuidade e pela diversidade cultural e social.

Na USE, o acompanhamento de adolescentes colocou à prova a gestão ética da informação e a negociação do “segredo partilhado” com a família. Para assegurar uma relação terapêutica de confiança, a decisão pauta-se pelo respeito rigoroso da privacidade e pelo

dever de sigilo, articulando a prática clínica com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (EU, 2016). Compreendi que a confidencialidade é, muitas vezes, condição para adesão ao cuidado e para deteção precoce de risco (saúde mental, violência, consumo, sexualidade). Ainda assim, aprendi a trabalhar o limite ético: a confidencialidade não pode ser mantida quando coloca em risco a vida ou a integridade física do jovem, exigindo decisão prudente, proporcional e sempre orientada à sua proteção.

Por oposição, na UCC, a minha responsabilidade social ganhou maior visibilidade. Em consultas e contactos com utentes sem médico de família, frequentemente em contexto de vulnerabilidade social e migração, deparei-me com tensão constante entre evidência clínica e cultura. A aplicação estrita das normas pode colidir com crenças de saúde divergentes ou com barreiras linguísticas. Para garantir equidade e respeito cultural, a tomada de decisão implicou estratégias de mediação e negociação (numa lógica de enfermagem transcultural), com foco em segurança, vínculo e justiça social.(Leininger, 1991). Traduzi esta abordagem em três linhas de ação:

- Mediação linguística e consentimento: compreendi que, legal e eticamente, não existe consentimento sem compreensão efetiva. A comunicação (com tradução/apoio) não foi apenas transmissão de informação, mas validação da autonomia possível e redução de risco.
- Negociação entre evidência e crença: evitei a imposição rígida quando não estava em causa a segurança, procurando preservar práticas culturais inócuas para fortalecer a aliança terapêutica; mas mantive intervenção firme quando práticas colocavam a criança em risco.
- Advocacia e literacia legal: assumi a responsabilidade de garantir acesso a direitos, particularmente em vacinação e acesso ao SNS. O Programa Nacional de Vacinação é descrito como universal e gratuito para todas as pessoas presentes em Portugal, o que reforça a obrigação ética de reduzir barreiras no terreno (DGS, 2020).

Em paralelo, o Despacho nº25360/2001 (Ministério da Saúde, 2001) enquadra o acesso de cidadãos estrangeiros aos cuidados do SNS, sustentando a necessidade de orientar e facilitar percursos de regularização e acesso.

Em suma, constatei que a competência de decisão ética e fundamentada reside na capacidade de harmonizar a rigidez da lei e da norma clínica com a plasticidade necessária para acolher

a diversidade humana. A aprendizagem central foi perceber que a excelência em ESIP inclui decidir bem, de forma justificável, humana e segura, assegurando que cada criança receba cuidados de qualidade alinhados com direitos, ética e evidência. (OE, 2015b; United Nations, 1989).

Tabela 5 - Prestação de Cuidados 5

<b>Prestação de cuidados</b>
Competências
•Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização

Na prossecução da excelência no exercício profissional assumi, como pilar central da minha intervenção, o compromisso de **promover qualidade e segurança na prestação de cuidados** na minha área de especialização. Procurei, de forma proativa, promover a qualidade e a segurança na prestação de cuidados, consciente de que a segurança do doente constitui a base insubstituível de qualquer sistema de saúde eficaz. A minha análise alicerçou-se no modelo de Avedis Donabedian (1988). Compreendendo que a qualidade não é um acaso, mas o resultado da interação entre uma estrutura adequada, sustentada por recursos apropriados, processos rigorosos, baseados em normas e procedimentos, e resultados em saúde mensuráveis.

Quer perante a elevada vulnerabilidade fisiológica do RN em contexto de Neonatologia, na gestão da doença aguda no SUP, ou na vigilância de saúde em CSP, o meu foco foi sempre **assistir a criança, tendo por base os padrões de qualidade do enfermeiro especialista da OE** (OE, 2012)). Este referencial normativo assumiu-se não apenas como um enquadramento teórico, mas como uma verdadeira bússola orientadora da ação clínica diária. Na prática, este enquadramento traduziu-se em contexto de Neonatologia, na promoção do processo de desenvolvimento através de cuidados neuroprotetores, com particular atenção à proteção do sono e à organização do ambiente, de forma a favorecer a maturação cerebral. No SUP, esta orientação materializou-se na adaptação à hospitalização e na gestão da dor, através da **implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor** e da ansiedade, procurando garantir que a experiência de doença não se tornasse traumática. Já nos CSP, operacionalizei o padrão da parceria e capacitação, promovendo a vigilância da saúde infantil e capacitando a família para assumir um papel ativo no cuidado, em vez de uma posição meramente passiva.

Esta matriz de atuação permitiu-me **identificar o contributo do EESIP na melhoria contínua da qualidade dos cuidados**, concretizado na implementação de práticas baseadas na evidência e na liderança clínica na gestão do risco. Adotei uma postura alinhada com uma verdadeira cultura de segurança, centrada no cumprimento das Metas Internacionais de Segurança do Doente preconizadas pela Joint Commission (JCI, 2020) e pela Organização Mundial da Saúde (WHO, n.d.). Neste âmbito, fui rigorosa não apenas nestes mas, por entre outros, na identificação inequívoca da criança antes da realização de qualquer procedimento, nas normas de controlo de infeção e, sobretudo, na segurança medicamentosa.

Para materializar estes desígnios e garantir a rastreabilidade e a segurança dos processos, revelou-se imprescindível **conhecer e utilizar corretamente os diferentes Sistemas de Informação e documentação em Saúde**. Esta competência exigiu-me elevada flexibilidade cognitiva, uma vez que a arquitetura digital variava significativamente entre contextos, obrigando a uma adaptação célere para assegurar um registo rigoroso e fidedigno. Em Neonatologia, destaco as vantagens operacionais do sistema de informação adotado, que se revelou uma ferramenta robusta e diferenciadora para a segurança do doente crítico, permitindo uma visualização gráfica (tabela com visualização horária das várias intervenções nas 24h) e integrada das tendências fisiológicas, como sinais vitais e balanços hídricos rigorosos, bem como a programação segura da terapêutica. A sua interface intuitiva facilitou o planeamento e o agrupamento de cuidados, estratégia vital para a neuroproteção, permitindo antecipar necessidades sem perturbar desnecessariamente o recém-nascido. No SUP, a gestão de fluxos e a documentação clínica sustentaram-se na utilização articulada de dois sistemas de informação, fundamentais para operacionalizar a Triagem de Manchester, monitorizar tempos de espera em tempo real e garantir que os registos de enfermagem se mantinham integrados e acessíveis a toda a equipa multidisciplinar, desde a admissão até à alta. A utilização do sistema de informação, na sua vertente específica de CSP, foi central para assegurar a longitudinalidade dos cuidados, permitindo o registo sistemático da vigilância de saúde infantil, da vacinação e das curvas de crescimento, elementos essenciais para a monitorização a longo prazo.

Independentemente do sistema utilizado, tornou-se essencial que a documentação da intervenção de enfermagem fosse rigorosa, recorrendo a linguagem classificada CIPE®, mas simultaneamente inteligível e funcional para o acompanhamento clínico dos doentes. Estes sistemas permitiram uma visão global das intervenções realizadas ao longo das 24 horas,

bem como a apresentação de informação-síntese sobre o estado atual do doente. Esta funcionalidade revelou-se um apoio crucial à passagem de turno, processo que procurei realizar com o máximo rigor, de forma a reduzir enviesamentos, omissões ou distrações desnecessárias, mitigando o risco de erro humano associado à comunicação ineficaz. Para esse efeito, recorri sistematicamente a metodologias estruturadas como o ISBAR assegurando uma transferência de informação precisa, clara e segura (SA Health, n.d.)

Adicionalmente, compreendi que a melhoria contínua da qualidade implica a consolidação de uma cultura de segurança não punitiva. Valorizei, por isso, a notificação de incidentes através do sistema NOTIFICA(DGS, n.d.), encarando o erro não como uma falha individual, mas como uma oportunidade de análise sistémica e de melhoria dos processos. Esta abordagem permitiu rentabilizar momentos como a passagem de turno e a gestão clínica, transformando-os em espaços de reflexão, discussão e planeamento avançado, assegurando que a informação fluía de forma eficaz e orientada para a proteção da criança. Assim, consolidei a compreensão de que a qualidade em saúde não se traduz apenas na execução técnica correta, mas, sobretudo, na capacidade de garantir processos seguros, rastreáveis e comunicáveis, reduzindo a variabilidade, prevenindo eventos adversos e **assegurando a continuidade de cuidados centrados na criança e na família.**

## 4.2 Domínio da Formação

O domínio da formação profissional constitui-se como o catalisador da excelência clínica, exigindo do enfermeiro especialista a competência de transformar, continuamente, o conhecimento científico em sabedoria prática partilhada. Transcende a mera atualização individual para fomentar uma cultura de aprendizagem colaborativa e de supervisão, constituindo, assim, a dimensão desenvolvimental da especialidade.

Tabela 6 - Domínio da Formação

Formação
<i>Competências</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade</li><li>• Promover a formação em serviço na área da especialização</li><li>• Colaborar no processo de integração de novos profissionais</li><li>• Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica</li><li>• Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional</li></ul>

Durante o estágio, assumi um papel ativo na *identificação de necessidades formativas* e na partilha de saber, procurando atuar como agente de mudança e cumprir o dever deontológico de contribuir para o aperfeiçoamento profissional dos pares. No contexto de Neonatologia, assumindo o curto período em que decorreu e a formação sustentada da equipa, a identificação das necessidades formativas surgiu num tom informal de *partilha de experiências e sugestões com a tutora e a equipa*. No contexto de SUP, pude dar o meu contributo na *partilha da experiência prática de utilização de Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF) que detenho, em contexto de internamento* colaborando, ao partilhar a minha experiência, na concretização da formação de pares realizada pela minha tutora. A formação (que já se encontrava prevista anteriormente ao meu estágio) teve por finalidade formar a equipa que iria implementar a utilização da ONAF em contexto de urgência. Esta oportunidade de participar constituiu uma mais-valia efetiva, demonstrando a importância de *mobilizar conhecimento para melhorar a prática da equipa, através da partilha de experiências, obstáculos sentidos e formas de os ultrapassar*.

Na UCC, com o intuito de **aprofundar competências e realizar uma sessão no âmbito da formação de pares**, realizei uma intervenção dirigida à equipa sob o tema "Desmistificar a Prematuridade e os Cuidados Neonatais", que apresento em apêndice. Esta intervenção (que incluiu planeamento, implementação e avaliação) surgiu da capacidade de analisar criticamente a realidade assistencial, identificando as necessidades formativas na minha área de especialidade e a oportunidade de transpor conhecimentos da minha experiência hospitalar para os cuidados primários.

*Do diagnóstico da situação* ressaltou a importância de melhorar a literacia profissional sobre prematuridade e particularidades clínicas na vigilância destas crianças (aumento ponderal, alimentação, desenvolvimento, sinais de alerta), bem como de melhorar a comunicação e referenciação entre hospital e CSP, que se verificam pouco estruturadas e com necessidade de relações mais estreitas e individualizadas. Os principais objetivos consistiram em “promover a atualização e a reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem ao RNPT, integrando a melhor evidência” e “potenciar transições saudáveis do RNPT e da sua família, assegurando vigilância adequada em contexto de CSP”.

Simultaneamente a esta vertente formativa, foi imperativo **promover o autodesenvolvimento** e manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Este percurso foi pautado pelo aproveitamento proativo de todas as oportunidades. A interação dialética com as tutoras e as equipas foi crucial, tendo *adotado uma postura reflexiva, com colocação de questões e discussão de perspetivas*, em linha com o conceito de “Prático Reflexivo” de Donald Schön (1983).

Reconheci as minhas limitações iniciais, transformando essas dificuldades em metas de aprendizagem. Na Neonatologia fui desafiada, particularmente, pela complexidade tecnológica, o que me levou a aprofundar o estudo sobre diagnósticos, procedimentos e técnicas, procurando colocar o foco na perspetiva do enfermeiro, nomeadamente do EESIP. No SUP, a imprevisibilidade reforçou a necessidade de consolidar conhecimentos na abordagem à criança crítica, especificamente na intervenção na criança/adolescente. Por fim, nos CSP, senti a necessidade de revisitar, com rigor científico, as etapas do desenvolvimento psicomotor, aprofundando os marcos de Mary Sheridan (Sharma et al., 2022), de modo a distinguir, com confiança clínica, as variações da normalidade de verdadeiros sinais de alarme no neurodesenvolvimento.

Procurei também estar atenta ao processo e metodologia de integração de novos profissionais que estavam a decorrer no SUP e na UCC, tendo consultado os manuais de integração no serviço dos três contextos de estágio. Pude, assim, refletir e comparar protocolos e procedimentos que constituem recurso estruturado para suporte à integração e uniformização de práticas na equipa (inclusivamente com os da minha prática clínica).

Procurei desenvolver, desta forma, a competência de analisar de forma sistemática e crítica, problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, nomeadamente ao nível do planeamento formativo, dos processos de integração de novos profissionais e da articulação entre contextos assistenciais. Esta análise, numa perspetiva organizacional e de melhoria contínua da qualidade, permitiu-me reconhecer a formação como eixo estruturante da segurança, da uniformização de práticas e da governação clínica em enfermagem.

Acresce a este percurso a realização da formação FINE – Family and Infant Neurodevelopmental Education, tendo concluído, em maio de 2025, o FINE Nível 1 – Conceitos e Ferramentas Básicas para os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na Família, aprovado pela NFI (NIDCAP Federation International). Esta formação permitiu-me consolidar fundamentos dos cuidados neurodesenvolvimentais, sustentados na Teoria Sinactiva de Heidelise Als e nos princípios do Programa NIDCAP. Na continuidade deste percurso, encontro-me a frequentar o FINE Nível 2 – Competências Práticas para os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na Família (2026), formação de natureza longitudinal e supervisionada, orientada para a incorporação sistemática da observação neurocomportamental na prática clínica e para o aprofundamento da parceria com os pais.

Deste modo, o domínio da formação revelou-se estruturante no meu percurso, reforçando a minha capacidade de aprender, partilhar saber e contribuir para a qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

### 4.3 Domínio da Gestão de Cuidados

O domínio da gestão configura-se como o alicerce da governação clínica exigindo, do enfermeiro especialista, uma visão sistémica que harmoniza, com rigor, a liderança de equipas, a segurança do doente e a melhoria contínua da qualidade. Transcende a mera administração de recursos para se assumir como o garante de ambientes de prática seguros e eficientes, constituindo, assim, a dimensão estruturante da especialidade.

Tabela 7 - Domínio da Gestão de Cuidados

#### Gestão de Cuidados

##### Competências

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros
- Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização
- Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização

A vivência nos diferentes contextos de prática clínica — Neonatologia, SUP e CSP — constituiu uma oportunidade privilegiada para observar a organização dos cuidados não apenas numa vertente técnica, mas também através de uma perspetiva de gestão e governação clínica. Embora a minha intervenção se tenha situado essencialmente no plano teórico e observacional, adotei uma postura analítica, procurando compreender como os processos assistenciais são organizados e geridos à luz dos referenciais de qualidade, segurança e liderança, reconhecendo a gestão não apenas como uma competência transversal à prática clínica avançada, mas como uma dimensão inerente a todo o exercício profissional em enfermagem e um pilar estruturante para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados.

A análise da realidade clínica sustentou-se, primariamente, no modelo de Donabedian, (1988), permitindo compreender a interdependência entre estrutura, processo e resultado. Esta abordagem possibilitou refletir sobre como a qualidade dos cuidados decorre da adequação dos recursos materiais, dos sistemas de informação e da dotação de profissionais, bem como da execução rigorosa dos processos assistenciais, traduzida na adesão a normas, protocolos e boas práticas. Indicadores como a ocorrência de eventos adversos, a taxa de

infecção ou a satisfação parental emergem, assim, como expressão desta articulação estrutural.

Nos contextos de maior complexidade e imprevisibilidade, particularmente na Neonatologia e no SUP, a reflexão sobre a segurança do doente foi influenciada pela perspetiva sistémica de Reason (2000). A observação dos desafios quotidianos destes serviços permitiu afastar uma leitura centrada no erro individual, valorizando antes a identificação de falhas latentes do sistema e a importância de barreiras organizacionais eficazes, sustentadas por uma cultura de segurança não punitiva e orientada para a aprendizagem.

Neste enquadramento, observei a aplicação de recomendações da Joint Commission International (2020) e da Organização Mundial da Saúde, com particular enfoque na comunicação efetiva. A análise dos momentos de transição de cuidados reforçou a relevância de ferramentas estruturadas, como o método ISBAR, na prevenção da perda de informação e na promoção da continuidade e segurança dos cuidados à criança. (South Australia Health, n.d.)

A imersão clínica permitiu ainda refletir sobre a gestão de recursos humanos e o impacto da qualificação profissional. À luz da evidência apresentada por Aiken et al. (2014), foi possível reconhecer que a dotação segura e a presença de enfermeiros especialistas se associam a melhores resultados em saúde, potenciando o pensamento crítico e a tomada de decisão fundamentada.

A observação comparativa dos contextos de prática permitiu compreender as estratégias de gestão de recursos humanos e materiais. Verifiquei que estas variam significativamente em função da missão assistencial de cada serviço, tornando possível. Na Neonatologia, a gestão caracteriza-se por elevado planeamento, previsibilidade e especialização, com equipas diferenciadas, controlo rigoroso de equipamentos e stocks e forte articulação entre gestão material, estabilidade das equipas e filosofia assistencial centrada no desenvolvimento do RN. Neste contexto, observei que o enfermeiro coordenador assegurava a distribuição dos doentes, de acordo com a complexidade e necessidades, favorecendo a adequação da dotação e a continuidade assistencial. No SUP, a gestão assume um carácter dinâmico e adaptativo, exigindo alocação contínua de profissionais, espaços e recursos materiais em tempo real, orientada pela prioridade clínica e pela pressão assistencial. Verificou-se que a enfermeira gestora deixava previamente definida a distribuição dos postos de trabalho para todos os

turnos, permitindo organizar a resposta assistencial e reduzir variabilidade em contexto de elevada rotatividade. Nos CSP, por sua vez, a gestão apresenta uma lógica longitudinal e programada, assente em equipas estáveis, planeamento de atividades, gestão previsível de recursos e forte enfoque na continuidade de cuidados, educação para a saúde e vínculo terapêutico; neste âmbito, a organização do trabalho tende a estruturar-se em torno de agendas programadas e da articulação com redes e circuitos de referenciação, com impacto na consistência do seguimento da criança e família.

A adoção de diferentes métodos de organização do trabalho em enfermagem refletiu, de forma inequívoca, a missão e a especificidade de cada contexto clínico. Na Neonatologia, a elevada complexidade e a necessidade de vigilância rigorosa ditaram a prevalência do método individual (ou de cuidados integrais), assegurando uma abordagem holística e focada na estabilidade neurocomportamental do recém-nascido durante o turno. Em contraponto, no SUP, a imprevisibilidade e o elevado fluxo de utentes exigiram uma abordagem híbrida: a conjugação do método de trabalho de equipa — essencial para a articulação rápida e segura na resposta a situações agudas — com o método funcional, que permitiu otimizar a eficiência perante a forte pressão assistencial. Já nos CSP, o foco na longitudinalidade traduziu-se na consolidação do enfermeiro de referência na USF, promovendo a continuidade, a personalização e o fortalecimento do vínculo terapêutico, enquanto na UCC a resposta estruturou-se em torno da gestão de casos, revelando-se uma estratégia central para a articulação de cuidados integrados e mobilização de recursos comunitários face a famílias e crianças em situação de maior vulnerabilidade ou complexidade.

Paralelamente, a observação das dinâmicas das equipas permitiu identificar estratégias de supervisão em cada contexto. Nos contextos hospitalares, a supervisão revelou-se predominantemente orientada para a segurança, a adesão a protocolos e o suporte das equipas em ambientes de elevada exigência clínica. No SUP, a realização de briefing constituiu momentos estruturados de alinhamento e supervisão, favorecendo comunicação efetiva, clarificação de prioridades e de circuitos, e promovendo uma cultura de segurança e aprendizagem. Nos CSP, a supervisão assumiu um carácter mais consultivo e formativo, favorecendo a reflexão sobre a prática, a partilha de conhecimento e o apoio à decisão clínica em contexto comunitário; a existência de reuniões mensais na UCC e na USF reforçou esta dimensão, permitindo articular prioridades, discutir situações e ajustar intervenções, com impacto na uniformização de critérios e no planeamento do trabalho.

Neste enquadramento, foi possível identificar o contributo do EESIP na dinâmica e gestão das equipas e dos cuidados como um papel de liderança clínica e de suporte à decisão, traduzindo-se, tipicamente, na priorização e reavaliação contínua de cuidados em função do risco e instabilidade, no apoio à distribuição de doentes/atividades de acordo com complexidade e necessidades e na promoção de consistência e segurança através da monitorização da adesão a normas, protocolos e práticas baseadas na evidência. Acresce ainda a intervenção na gestão de transições e comunicação clínica (p.ex., organização/validação de passagens de turno e articulação interprofissional), bem como o suporte ao desenvolvimento da equipa por via de supervisão clínica, feedback e clarificação de critérios de atuação, contribuindo para a uniformização de práticas e melhoria contínua da qualidade.

Em síntese, a análise comparativa da Neonatologia, do SUP e CSP permitiu compreender que a gestão material — centrada na organização de recursos, tempo e sistemas — e a gestão humana — orientada para a liderança, supervisão, comunicação e suporte — assumem expressões distintas consoante o contexto assistencial, mas revelam-se indissociáveis e complementares. Esta diferenciação contextual da gestão constitui um elemento central da governação clínica e reforça o papel do Enfermeiro EESIP como garante da qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados à criança e família.

#### 4.4 Domínio da Investigação em Enfermagem

O domínio da investigação afirma-se como o motor da evolução da prática, exigindo do enfermeiro especialista um espírito crítico que questiona a rotina e fundamenta a decisão clínica na melhor evidência disponível. Transcende a mera produção académica para se instituir como a bússola que orienta a inovação e a segurança dos cuidados, constituindo, assim, a dimensão científica da área disciplinar

Tabela 8 - Domínio de Investigação em Enfermagem

### Investigação em Enfermagem

#### Competências

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

A construção da identidade de Enfermeiro Especialista alicerça-se na capacidade de questionar criticamente a prática e fundamentar a ação clínica na melhor evidência científica disponível. Tal como defende Meleis (2012), a transição do conhecimento teórico para a prática constitui um processo central na consolidação do saber profissional, sendo indissociável do desenvolvimento da especialidade. Neste sentido, as competências de investigação não se resumiram à produção académica, mas afirmaram -se como ferramentas centrais do meu raciocínio clínico, orientando a tomada de decisão em cenários marcados pela incerteza, complexidade e risco, permitindo **exercer e fomentar prática baseada na evidência**. Em consonância com a definição clássica de Prática Baseada na Evidência (Sackett et al., 1996), que integra a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica e os valores e preferências da pessoa/cuidador, procurei que a evidência informasse a intervenção sem nunca perder a centralidade da criança e da família.

Durante o estágio, *a mobilização do saber científico foi uma constante transversal aos diferentes contextos de prática*, permitindo-me operacionalizar competências de

investigação não através da alteração estrutural dos serviços — que não competia ao meu papel enquanto estudante — mas através da incorporação crítica da evidência científica na prestação direta de cuidados, na tomada de decisão clínica e na forma como comuniquei ciência às equipas e às famílias. Esta abordagem **contribuiu para a valorização e desenvolvimento da Enfermagem, não só como atividade profissional, mas também como disciplina científica**, sustentada em conhecimento válido, atualizado e aplicável à realidade clínica. Assim, *exercitei a comunicação de informação complexa quer em linguagem técnica, dirigida a interlocutores especializados, quer em linguagem acessível e adaptada ao nível de literacia das famílias, ajustando conteúdo e profundidade ao público-alvo.*

Nos contextos de maior diferenciação técnica, como a Neonatologia e o SUP, procurei que a prática clínica não se reduzisse à execução de procedimentos, mas fosse continuamente refletida e sustentada na Prática Baseada na Evidência (PBE), questionando rotinas instituídas e validando intervenções à luz do conhecimento científico mais atual. Nestes contextos, a investigação em serviço revelou-se um instrumento essencial de gestão do risco e de promoção da segurança do doente.

No diferentes contextos, a mobilização da evidência, das orientações nacionais e internacionais e a pesquisa bibliográfica permitiram-me integrar a evidência científica no cuidado direto e na fundamentação das intervenções.

Nos CSP, as competências de investigação assumiram um papel central na atualização de paradigmas de saúde pública e na promoção da literacia em saúde. Na vigilância de saúde infantil, confrontei-me com práticas parentais de adiamento da introdução de alérgenos. Baseando-me nas orientações atuais da ESPGHAN e em evidência imunológica recente, atualizei o aconselhamento prestado às famílias, promovendo a introdução precoce de determinados alimentos como estratégia de prevenção de alergias alimentares. Neste contexto, a investigação traduziu-se na capacidade de desconstruir mitos enraizados, substituir práticas baseadas na tradição por recomendações científicas atualizadas e adaptar a comunicação à realidade sociocultural das famílias, reforçando uma PBE, mas sensível à dimensão humana do cuidado.

O percurso formativo culminou na produção formal de conhecimento, que apresento no Apêndice 3, através da **realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL)**,

intitulada “Capacitação parental em UCIN — contributos da interpretação da observação e dos cuidados neurocomportamentais na era digital: uma revisão integrativa”. Este processo metodológico rigoroso permitiu sintetizar resultados de estudos com diferentes desenhos e responder a uma questão clínica pertinente no âmbito ESIP, centrada no papel da observação e dos cuidados neurocomportamentais como mecanismos promotores de capacitação parental no contexto altamente tecnológico da UCIN, integrando quando presente a literacia em saúde e a mediação digital.

Compreendendo que o conhecimento só adquire valor social quando partilhado, a disseminação científica constituiu uma etapa fundamental deste percurso. **A apresentação do trabalho sob a forma de póster** (apêndice 4), no IX Fórum das Especialidades em Enfermagem, subordinado ao tema “Capacitação parental em UCIN - contributos da interpretação da observação e dos cuidados neurocomportamentais na era digital: uma revisão integrativa”, realizado na Universidade Católica no Porto , permitiu divulgar conhecimento e submeter o raciocínio científico ao escrutínio de pares e especialistas, reforçando competências de síntese, argumentação e comunicação científica, e contribuindo para a valorização e translação do conhecimento em Enfermagem enquanto disciplina sustentada em evidência.

Em suma, ao longo do estágio e do percurso de mestrado, a investigação deixou de ser percecionada como uma entidade abstrata para se afirmar como uma verdadeira bússola da tomada de decisão clínica. Compreendi que a investigação influencia diretamente a segurança e os resultados em saúde, mas exige leitura crítica, contextualização e adaptação à condição clínica e à realidade familiar. Consolidei, assim, a convicção de que a excelência em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica se alcança quando a prática clínica é guiada por evidência científica sólida, integrada de forma crítica, contextualizada e orientada para a segurança e o bem-estar da criança e da família.

## 5. REFLEXÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A reflexão crítica sobre o percurso desenvolvido no âmbito do MESIP constitui um momento de integração e aprofundamento do processo de desenvolvimento de competências especializadas descritas ao longo deste relatório, assumindo-se como um exercício consciente de análise da transformação profissional ocorrida. Mais do que um somatório de aprendizagens, este percurso permitiu compreender que a construção da identidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica resulta da mobilização articulada de saberes teóricos, experiência clínica e reflexão sistemática sobre a prática, enquanto processo contínuo e dinâmico. A prática reflexiva, enquanto instrumento de aprendizagem contínua, permite ao profissional transformar a experiência em conhecimento, conforme defendido por Johns (2009).

A progressiva consolidação das competências especializadas evidenciou-se na capacidade de fundamentar a tomada de decisão na evidência científica, de responder à complexidade clínica e relacional dos contextos pediátricos e de orientar a prática para a criança, o jovem e a família, numa perspetiva ética, humanista e centrada na parceria. Reconheço que esta evolução foi sustentada por uma atitude constante de empenho, responsabilidade e motivação, que se revelaram características pessoais estruturantes para o desenvolvimento das restantes competências do Enfermeiro Especialista.

Esta reflexão ganha particular significado por se projetar diretamente na prática profissional que desenvolvo de forma polivalente entre a UCIN, maioritariamente, e o Internamento de Pediatria. A complementaridade destes contextos permitiu ampliar a minha visão clínica, relacional e organizacional, acompanhando o percurso da criança desde o recém-nascido pré-termo até ao adolescente, o que reforçou a compreensão da saúde infantil como um continuum de cuidados.

A vivência, o conhecimento e a integração nos vários contextos da área da Infância da ULS onde exerço funções — Neonatologia e Internamento, por via da prática profissional, e SUP e CSP, através do estágio — contribuíram de forma decisiva para a construção de uma identidade profissional mais sólida e consistente. Esta integração favoreceu uma compreensão global e holística do percurso da criança no sistema de saúde, permitindo reconhecer a importância da articulação entre níveis de cuidados, uma das competências centrais do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, a intenção deste capítulo centra-se na reflexão crítica sobre a forma como as competências desenvolvidas se traduzem, e continuarão a traduzir-se, em melhorias sustentadas na minha prática futura. A experiência nos contextos de Neonatologia, SUP e CSP aprofundou a minha compreensão da complexidade clínica, relacional e organizacional da saúde infantil, reforçando a necessidade de uma intervenção especializada diferenciada, adaptada a cada contexto e fase do desenvolvimento da criança.

A diversidade dos cenários de prática revelou-se determinante para uma visão integrada da ESIP, com impacto particular na minha prática futura em contexto hospitalar, onde a transição entre serviços e a continuidade de cuidados assumem um papel crítico na segurança da criança e da família. Esta consciência reforça a responsabilidade do Enfermeiro Especialista enquanto elemento facilitador da articulação e da continuidade assistencial.

No domínio da **prestação de cuidados**, a reflexão sobre a prática permitiu consolidar a integração entre a competência técnico-científica e a abordagem centrada na criança e na família, evidenciando que a excelência do cuidado pediátrico resulta do equilíbrio entre conhecimento especializado e sensibilidade relacional. A atuação em contextos com filosofias e metodologias distintas reforçou a importância da vigilância contínua, da tomada de decisão fundamentada e da adaptação das intervenções às necessidades específicas da criança e da família, respeitando o seu estágio de desenvolvimento e contexto sociocultural.

Projetando estas aprendizagens na minha prática futura, particularmente na UCIN, identifico como prioritário o aprofundamento da leitura clínica de sinais subtis e da comunicação terapêutica, competências nucleares do Enfermeiro Especialista em contextos de elevada complexidade. A comunicação com o recém-nascido, baseada na interpretação do comportamento e dos sinais de autorregulação, exige uma atenção constante aos indicadores de desorganização e à implementação de estratégias facilitadoras do desenvolvimento.

Reconheço a relevância de transferir esta competência para o cuidado à criança não verbal ou com limitações comunicacionais no Internamento de Pediatria, reforçando a avaliação sistemática, a antecipação de necessidades e a adequação das intervenções ao estágio de desenvolvimento. Esta capacidade estende-se à comunicação assertiva com os pais, essencial para gerir expectativas, dúvidas e incompreensões, como vivenciado de forma particularmente significativa no contexto do SUP, onde a clareza comunicacional é determinante para a segurança e satisfação das famílias.

Paralelamente, assumo como eixo central da minha prática futura o reforço dos cuidados centrados na família, assentes numa parceria real e efetiva. A capacitação parental exige negociação, partilha de cuidados e respeito pelos limites da família, através de ensino, treino, supervisão e promoção da autonomia, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta. Pretendo, assim, tornar este processo mais sistemático, com ensinamentos faseados e planos de alta iniciados precocemente, integrando a família como parceira ativa não apenas na execução dos cuidados, mas também na tomada de decisão, em consonância com as competências do Enfermeiro Especialista.

É igualmente prioritário promover ambientes terapêuticos protetores, reconhecendo o impacto dos estímulos ambientais no neurodesenvolvimento da criança. Alinhada com a filosofia dos cuidados centrados no desenvolvimento, comprometo-me a reforçar estratégias de controlo ambiental e de proteção do bebé, potenciando mudanças no serviço e na equipa, sustentadas na evidência científica e no contributo do curso FINE2 que me encontro a frequentar. Mantenho, ainda, o compromisso com a competência em terapêuticas avançadas e com a vigilância sistemática do risco, enquanto garante da segurança e qualidade dos cuidados.

No domínio da **gestão**, este percurso permitiu-me reconhecer que a qualidade dos cuidados resulta da articulação entre estrutura, processo e resultados e que, em contextos complexos, a segurança exige uma abordagem sistémica. Enquanto Enfermeiro Especialista, assumo a responsabilidade de contribuir para a melhoria dos processos, nomeadamente através da sistematização da comunicação e das transições de cuidados, recorrendo a ferramentas estruturadas como o ISBAR, de forma a minimizar perdas de informação.

A utilização adequada dos Sistemas de Informação, como o SClínico e o GHAF, assume-se como uma competência essencial para garantir uma documentação rigorosa, objetiva e isenta de juízos de valor. Face às lacunas identificadas, nomeadamente na integração de aspetos específicos da Saúde Infantil e na visibilidade do estado global da criança, assumo como objetivo futuro a articulação com as equipas responsáveis, procurando soluções que permitam traduzir de forma mais fidedigna as avaliações e intervenções de enfermagem.

Pretendo, igualmente, reforçar a continuidade de cuidados e a articulação com os CSP, através de práticas de alta mais estruturadas e de uma orientação clara para o contacto com a comunidade. A compreensão adquirida sobre a dinâmica da UCC e das USF constitui um

recurso fundamental para a construção de pontes eficazes, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista como elemento facilitador da integração dos cuidados.

No domínio da **formação**, esta reflexão reforçou a consciência de que o desenvolvimento contínuo é inerente ao exercício do Enfermeiro Especialista. A partilha de conhecimento, a supervisão clínica e a reflexão sobre a prática constituem pilares para a consolidação de cuidados seguros e de qualidade. Mantenho o compromisso com a formação de pares, abordando temas atuais e pertinentes para os cuidados prestados, sempre sustentados na melhor evidência científica.

Continuarei, igualmente, a colaborar na integração de novos profissionais e na tutoria de estudantes de enfermagem, assumindo a responsabilidade de contribuir para a formação de futuros profissionais com um perfil ético, crítico e cientificamente fundamentado.

Por fim, no domínio da **investigação**, reafirmo a prática baseada na evidência como suporte essencial à decisão clínica. Assumo a investigação como instrumento de melhoria contínua, comprometendo-me a manter uma postura de consumidora crítica e promotora da evidência junto da equipa. Acredito que esta atitude reflexiva e partilhada potencia mudanças sustentadas na qualidade dos cuidados e no fortalecimento das relações humanas intra e interdisciplinares.

## 6. CONCLUSÃO

O presente relatório constitui a síntese do percurso formativo desenvolvido no âmbito da UC Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa – Porto. A análise integrada dos domínios da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação permitiu evidenciar o desenvolvimento e a consolidação das competências especializadas descritas ao longo do capítulo 4, confirmando o cumprimento dos objetivos definidos para esta UC. Este percurso pode ser sumariamente esquematizado da seguinte forma:

Figura 3 - Percurso formativo



Contudo, o percurso realizado não se consubstanciou apenas no cumprimento de horas letivas ou na aquisição de competências técnicas diferenciadas; representou, na sua essência, uma profunda transição identitária e profissional. Este processo traduziu-se numa redefinição progressiva de papéis, com a evolução de uma prática generalista para uma prática especializada, na qual o foco deixou de estar centrado exclusivamente na execução de tarefas, passando a integrar a criança e a família numa perspetiva holística, sistémica e contextualizada.

A vivência em contextos distintos — Neonatologia, SUP e CSP — proporcionou uma compreensão abrangente da complexidade da saúde infantil, reforçando a necessidade de uma prática integrada, contínua e centrada na criança, no jovem e na família. Este percurso

evidenciou que a especialização em ESIP exige uma elevada plasticidade profissional, aliando rigor técnico-científico, pensamento crítico e competência relacional.

A experiência em Neonatologia permitiu reconhecer a centralidade da neuroproteção e da precisão do cuidado como determinantes do desenvolvimento futuro do recém-nascido, enquanto o contexto do SUP promoveu o desenvolvimento da resiliência emocional e da capacidade de decisão rápida e fundamentada em situações de risco. Por sua vez, a integração nos CSP possibilitou compreender a saúde infantil numa lógica de continuidade, prevenção e capacitação parental, valorizando a intervenção precoce e o impacto dos determinantes sociais e culturais no bem-estar da criança.

O desenvolvimento de competências nos diferentes domínios permitiu a consolidação da identidade profissional enquanto Enfermeira Especialista, assumindo uma prática fundamentada na evidência científica, eticamente responsável e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A experiência profissional prévia, aliada ao percurso formativo desenvolvido, constituiu uma base sólida para a aquisição de novas competências e para uma leitura mais crítica e reflexiva da prática clínica.

Este percurso reforçou a convicção de que a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é uma área disciplinar onde o rigor tecnológico e científico apenas atinge o seu verdadeiro potencial terapêutico quando articulado com a dimensão humana do cuidado — o vínculo, a comunicação terapêutica, o toque e a advocacia da criança e da família. A conjugação entre o saber técnico e o cuidado relacional revelou-se essencial para a promoção da segurança, do desenvolvimento saudável e da humanização dos cuidados.

Concluo que este estágio não representou apenas o término de um ciclo académico, mas o início de uma nova etapa de responsabilidade profissional. À semelhança do que é descrito por Patricia Benner, a competência pericial não se assume como um estado alcançado com a obtenção do grau académico, mas como um processo contínuo de desenvolvimento e aperfeiçoamento ao longo da prática profissional.

O título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aliado ao grau de mestre, implicam, assim, um compromisso permanente com a excelência, a segurança, a humanização e a defesa do superior interesse da criança. O percurso desenvolvido constitui um referencial estruturante para a prática futura, orientando a tomada de decisão clínica, a gestão de cuidados e a intervenção junto da criança, do jovem e da

família, num processo contínuo de desenvolvimento profissional, disciplinar e de aprendizagem ao longo da vida.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229–243. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3:4%3C229::AID-IMHJ2280030405%3E3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3:4%3C229::AID-IMHJ2280030405%3E3.0.CO;2-H)
- Als, H. (1986). *A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment*. [https://doi.org/10.1300/J006V06N03\\_02](https://doi.org/10.1300/J006V06N03_02)
- Als, H. (2019). *Program Guide - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): An education and training program for health care professionals*. NIDCAP Federation International. <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2019/05/Program-Guide-Rev-8Jan2019.pdf>
- Als, H., Butler, S., Kosta, S., & McAnulty, G. (2005). The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): Furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(1), 94–102. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20053>
- Als, H., Lester, B. M., Tronick, E. Z., & Berry Brazelton, T. (1982). *Manual for the Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB)* (Vol. 1). APPENDIX.
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Assembleia da República, P. (1999). *Lei n.º 147/99, de 1 de setembro: Lei de proteção de crianças e jovens em perigo*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619>
- AHA. (2020). *Pediatric Advanced Life Support Provider Manual (2020 Guidelines Update)*. American Heart Association.
- Axelin, A., Salantera, S., & Lehtonen, L. (2006). Facilitated tucking by parents in pain management of preterm infants—a randomized crossover trial. *Early Human Development*, 82(4), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.09.012>
- Barlow, J., Herath, N. I. N. S., Bartram Torrance, C., Bennett, C., & Wei, Y. (2018). The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral

- Observations (NBO) system for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011754.pub2>
- Boies, E. G., Vaucher, Y. E., & Committee, A. of B. M. P. (2016). ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34-36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37-38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision 2016. *Breastfeeding Medicine*, 11(10), 494–500. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29031.egb>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Brazelton, T. B. (1992). Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development. In *Touchpoints* (1st ed.). Wesley Publishing Company.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *NBAS-3rd-Edition*.
- Carneiro, M. M. C., Ribeiro, S. N. S., Menegol, N. A., Okubo, R., Montemezzo, D., & Sanada, L. S. (2024). Nest positioning on motor development, sleep patterns, weight gain in preterm infants: systematic review. *Pediatric Research*, 96, 57–63. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02972-w>
- Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8–9.
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril (Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto — integra o Código Deontológico do Enfermeiro), 93/1998 (1998). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Dieckmann, R. A., Brownstein, D., & Gausche-Hill, M. (2010). The pediatric assessment triangle: A novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatric Emergency Care*, 26(4), 312–315. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181d6db37>
- Direção Geral da Educação. (2026). *Intervenção Precoce*. <https://www.dge.mec.pt/intervencao-precoce>
- Direção Geral da Saúde. (n.d.). *NOTIFICA - Segurança do Doente*. Direção-Geral da Saúde. Retrieved <https://notifica.dgs.min-saude.pt/>
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco)*. Direção-Geral da Saúde.

- [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS\\_MausTrat osCriançasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS_MausTrat osCriançasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-escolar-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2016). *A dor como o 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor (Norma n.º 014/2016)*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Norma n.º 018/2020, de 27 de setembro: Programa Nacional de Vacinação 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021–2025*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Relatório - Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2022*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2024). *Relatório anual PNPAS 2023*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2024/12/Relatorio-Anual-PNPAS-2023.pdf>
- Dol, J., Delahunty-Pike, A., Siani, S. A., & Campbell-Yeo, M. (2017). eHealth interventions for parents in neonatal intensive care units: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1835–1849. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003246>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. W. W. Norton & Company.
- European Union. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 (General Data Protection Regulation)*. Official Journal of

the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>

- Furtak, S. L., Gay, C. L., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Bolick, S. C., Lothe, B., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C. K., Sun, Y., & Franck, L. S. (2021). What parents want to know about caring for their preterm infant: A longitudinal descriptive study. *Patient Education and Counseling*, *104*(11), 2732–2739. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.011>
- Goes, A. Ri. (2019). *Literacia em saúde parental\_ dos fundamentos às intervenções*. <https://doi.org/10.25758/set.2237>
- Hanson, L., Malloy, E., & VandeVusse, L. (2020). Midwifing the Perinatal Microbiome. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *34*(3), 191–194. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000492>
- Insalaco, A., Bertocelli, N., Bedetti, L., Cosimo, A. C., Boncompagni, A., Cipolli, F., Berardi, A., & Lugli, L. (2025). Together TO-CARE: A Novel Tool for Measuring Caregiver Involvement and Parental Relational Engagement. *Children*, *12*(8). <https://doi.org/10.3390/children12081007>
- Joint Commission International. (2020). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals* (7th ed.). Joint Commission Resources.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company. <https://www.springerpub.com/comfort-theory-and-practice-9780826116338.html>
- Lean, R. E., Smyser, C. D., & Rogers, C. E. (2017). Assessment: The Newborn. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 26, Number 3, pp. 427–440). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.002>
- Lei n.º 15/2014, de 21 de março (Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde), 57/2014 2127 (2014). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity & universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Lubbe, W., & Donald, K. A. (2025a). Content Validity, Feasibility, and Acceptability of the Neurosense PremmieEd Programme, a South African Premature Parenting Education Intervention for the NICU Parent: A Hybrid Focus Group Discussion Method. *Children*, *12*(11), 1502. <https://doi.org/10.3390/children12111502>
- Lubbe, W., & Donald, K. A. (2025b). Pilot Implementation of the NeuroSense PremmieEd Parenting Educational Programme for Parents with Infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A Sequential Cohort Design. *Children*, *12*(12), 1636. <https://doi.org/10.3390/children12121636>

- Martins, C. O. A., & Curado, M. A. dos S. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(13), 43–52.
- Martins, P. A. C., Malheiro, M. I. D. da C., & Sousa, M. O. C. L. (2018). A intervenção com NBO no RN lactente e sua família: a scoping review. *Pensar Enfermagem, 22*.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde, P. (2001). *Despacho n 25360/2001 (2a serie), de 12 de dezembro*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/25360-2001-3622857>
- Nugent, J. K. (2015). The Newborn Behavioral (NBO) System as Form of Intervention and Support for New Parents. *Zero to Three*.
- Nutrition, E. C. on. (2010). *Practical approach to paediatric enteral nutrition*. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. <https://www.espgan.org/>
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., Lee, S. K., O'Brien, K., Lee, S., Bracht, M., Caouette, G., ... Hales, D. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health, 2*(4), 245–254. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30039-7)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica. In *Cadernos OE* (Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional em enfermagem: Anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. 133). Diário da República, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115682845>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. G. P. Putnam's Sons.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The Psychology of the Child*. Basic Books.
- Queiroz, M. A. dos S. de, Brasil, C. C. P., Cabral, C. B. M., Porto, A. C. L., Barbosa, P. M. E., Sousa, R. C. de, Alegria, R. F. da G., & Peixoto, V. (2024). Tecnologias eHealth nos cuidados parentais aos bebês nascidos prematuros: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, *29*(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.06212024>
- Rey, E., & Martinez, H. (1983). *Manejo racional del niño prematuro*. Universidad Nacional de Colombia.
- Rodriguez, N. A., Meier, P. P., Groer, M. W., & Zeller, J. M. (2009). Oropharyngeal administration of colostrum to extremely low birth weight infants: Theoretical perspectives. *Journal of Perinatology*, *29*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.130>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- SA Health. (n.d.). *ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*. Government of South Australia. Retrieved <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/safety+and+wellbeing/communicating+for+safety/isbar+-+identify+situation+background+assessment+and+recommendation>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, *312*(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Sharma, A., Cockerill, H., & Sanctuary, L. (2022). *Mary Sheridan's From Birth to Five Years: Children's Developmental Progress* (5th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057154>
- Sistema Nacional de Saúde. (2024). *Ligue Antes, Salve Vidas*. Ministerio da Saude. <https://www.sns.min-saude.pt/ligue-antes-salve-vidas/>

- Toivonen, M., Lehtonen, L., Löyttyniemi, E., Ahlqvist-Björkroth, S., & Axelin, A. (2020). Close Collaboration with Parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre–post study. *Pediatric Research*, 88(3), 421–428. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0934-2>
- Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., & Tremblay, A. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
- United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. United Nations. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. W. W. Norton & Company.
- Westrup, B. (2014). Family-centered developmentally supportive care. *NeoReviews*, 15(8). <https://doi.org/10.1542/NEO.15-8-E325>
- World Health Organization. (n.d.). *Patient safety*. World Health Organization. Retrieved <https://www.who.int/health-topics/patient-safety>
- World Health Organization, E. (2013). *Health literacy: the solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>
- World Health Organization. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- World Health Organization. (2020a). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020b). *Global strategy on diet, physical activity and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021a). *Health promotion framework*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021b). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>
- World Health Organization, & (UNICEF), U. N. C. F. (2020). *Breastfeeding: Ensuring a good start*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/nbh/enc->

course/revised-resources/clinical-practice-cards/breastfeeding-ensuring-a-good-start.pdf

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). F. A. Davis.

Zhang, Y., & Johnston, L. (2023). Barriers to, and facilitators of, eHealth utilisation by parents of high-risk newborn infants in the NICU: A scoping review protocol. *BMJ Open*, *13*(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068759>

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

### **Planeamento e material produzido para Ação de Educação para a Saúde “Heróis Saudáveis”**





## **Planeamento de Ação de EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **“HERÓIS SAUDÁVEIS”**



UC: Estágio Final e Relatório

Contexto: UCC

Estudante: Maria Inês Pinto Caçoilo

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

## ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO	87
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	89
2.1. Público-alvo	89
3. OBJETIVOS	90
3.1. Objetivo geral	90
3.2. Objetivos específicos	90
3.3. Objetivos educacionais	90
3.4. Objetivos enquanto estudante	91
4. ESTRATÉGIAS	92
4.1. Recursos	92
4.1.1. Recursos Materiais	92
4.1.2. Recursos Humanos	92
4.2. Métodos	93
4.3. Indicadores	93
5. AVALIAÇÃO	95
6. PLANO DE SESSÃO	100
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES	104
Apêndice I – Cartões Alimentação saudável	105
Apêndice II – Cartões Higiene oral	106
Apêndice III – Cartões Atividade física	107
Apêndice IV – Grelha de avaliação	108

## 1. ENQUADRAMENTO

A promoção de hábitos de vida saudáveis na infância constitui um pilar essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como para a prevenção de doenças ao longo do ciclo vital. A alimentação equilibrada é determinante no fornecimento de nutrientes necessários ao crescimento e ao funcionamento adequado do organismo, prevenindo a obesidade e outras patologias. A higiene oral desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde da boca e dos dentes, prevenindo cáries e promovendo o bem-estar geral. Por sua vez, a atividade física regular favorece o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional, além de fortalecer o sistema imunitário e promover a socialização. A educação para a saúde, quando iniciada precocemente, contribui para o desenvolvimento da literacia em saúde e para a consolidação de comportamentos saudáveis. A infância representa um período crítico para a aquisição de comportamentos duradouros que influenciam a saúde ao longo do ciclo vital (WHO, 2021)

A OMS recomenda que crianças e adolescentes pratiquem, pelo menos, sessenta minutos diários de atividade física moderada a vigorosa (OMS, 2020). O sedentarismo na infância tem aumentado devido à maior exposição a ecrãs e à redução do brincar ao ar livre, constituindo um fator de risco para a obesidade infantil, problemas de atenção e dificuldades de sono (Tremblay et al., 2017). Constitui-se assim, essencial, a promoção do brincar ativo, a prevenção de comportamentos sedentários e o desenvolvimento de intervenções educativas adaptadas às necessidades das crianças.

A alimentação equilibrada é outro componente fundamental na promoção da saúde infantil. Uma dieta adequada (rica em frutas, legumes e cereais integrais, associada à redução do consumo de açúcar, sal e alimentos ultraprocessados) garante o aporte nutricional necessário ao crescimento, fortalece o sistema imunitário e previne a obesidade e doenças metabólicas (WHO, 2020a) Hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros anos de vida mantêm-se ao longo do tempo, sendo fortemente influenciados pela dinâmica familiar e pelas práticas parentais. É, por isso importante, identificar precocemente riscos nutricionais e capacitar os pais para a construção de rotinas alimentares adequadas e saudáveis, de acordo com as recomendações nacionais da DGS e internacionais da ESPGHAN.

A higiene oral constitui também um fator determinante da saúde geral da criança. A cárie dentária permanece uma das doenças crónicas mais prevalentes na infância, mas pode ser prevenida através de estratégias educativas consistentes. A evidência atual, sintetizada no

Relatório Mundial de Saúde Oral da (WHO 2024) sublinha que práticas como escovagem com pasta fluoretada duas vezes ao dia, redução de açúcares simples e acompanhamento odontopediátrico precoce reduzem significativamente a incidência de cárie. Esta abordagem preventiva integra o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (DGS, 2008) e reforça a importância do acompanhamento precoce das crianças por profissionais de saúde oral, bem como da literacia em saúde das crianças e famílias.

Ao promover a literacia em saúde, o enfermeiro contribui para ambientes familiares mais saudáveis e para a autonomia dos cuidadores na gestão da saúde infantil (DGS, 2013).

## **2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

No âmbito da articulação entre as escolas do ensino pré-escolar e a UCC, respeitando as orientações do Plano Nacional de Saúde Escolar, foi identificada a necessidade de desenvolver uma sessão de Educação para a Saúde dirigida às crianças em idade pré-escolar, centrada em três áreas fundamentais da promoção da saúde: alimentação saudável, higiene oral e atividade física. Durante o levantamento de necessidades, realizado em colaboração com a equipa educativa, verificou-se que:

Algumas crianças apresentam hábitos alimentares pouco saudáveis, nomeadamente consumo frequente de alimentos processados, doces e refrigerantes e, uma ingestão reduzida de frutas, hortícolas e água.

Algumas crianças apresentam falta de rotinas consistentes de higiene oral, nomeadamente escovagem irregular dos dentes, falta de vigilância da saúde oral e presença de cáries.

Algumas crianças apresentam perfil sedentário, com pouco tempo dedicado à atividade física e desenvolvimento motor.

Desta forma, verificou-se a necessidade de reforço da literacia infantil nestes temas, em particular no que respeita à adoção de comportamentos promotores de saúde. Os temas da sessão incidem nas áreas de intervenção prioritárias do PNSE: “Alimentação e atividade física” e “Saúde Oral”.

### **2.1. Público-alvo**

Crianças do pré-escolar (3 a 6 anos) de 1 turma do Parque Escolar de Aveiro

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

- Promover a adoção de hábitos de vida saudáveis nas áreas da alimentação, higiene oral e atividade física, em crianças de idade pré-escolar, contribuindo para o seu bem-estar e crescimento equilibrado.

#### **3.2. Objetivos específicos:**

- Favorecer o desenvolvimento de conhecimentos sobre alimentação equilibrada, higiene oral e atividade física de forma que, no final da atividade, as crianças sejam capazes de identificar, pelo menos, um comportamento saudável e um comportamento não saudável com a respectiva justificação.
- Estimular a capacidade de distinguir entre comportamentos saudáveis e não saudáveis, melhorando o conhecimento antes e após a sessão
- Promover a participação ativa das crianças na construção do seu próprio conhecimento sobre saúde.

#### **3.3. Objetivos Educacionais:**

- Promover a literacia em saúde das crianças, de modo a que sejam capazes de:

##### **Higiene oral**

- Identificar comportamentos saudáveis (ex.: escovar os dentes 2x/dia, usar pasta fluoretada).
- Identificar comportamentos não saudáveis (ex.: consumo frequente de doces, não escovar os dentes).

##### **Alimentação**

- Reconhecer escolhas alimentares saudáveis (ex.: frutas, legumes, água).
- Reconhecer escolhas não saudáveis (ex.: refrigerantes, ultraprocessados).

### **Atividade física**

- Identificar hábitos que promovem a atividade física (ex.: brincar ao ar livre, caminhar).
- Identificar hábitos sedentários (ex.: uso excessivo de ecrãs).”

### **3.4. Objetivos enquanto estudante:**

- Desenvolver competências na promoção da saúde infantil em contexto de saúde escolar
- Desenvolver competências de comunicação e intervenção em contexto de saúde escolar na idade pré-escolar
- Desenvolver competências de planeamento, implementação e avaliação de atividades de educação para a saúde.
- Contribuir para o aumento da literacia em saúde das crianças em idade pré-escolar

## **4. ESTRATÉGIAS**

A sessão, na duração de 30 minutos, utiliza uma metodologia lúdico-pedagógica baseada em aprendizagem ativa e significativa, ajustada à idade pré-escolar. O jogo favorece o desenvolvimento cognitivo, motor e social, reforçando positivamente comportamentos saudáveis.

Numa grelha (apresentada em apêndice), com a identificação de todas as crianças, é registada esta avaliação individual (nome do hábito saudável e não saudável escolhido, seguido da respetiva justificação). Posteriormente é realizado breve relatório com a avaliação global da turma, onde é incluída a evolução do conhecimento entre a conversa inicial e a avaliação final, a percentagem, de crianças que acertaram ambas as escolhas no final da sessão e uma observação geral sobre a turma, acerca da capacidade de verbalizar conceitos simples sobre os temas. Permitindo dar resposta aos objetivos da sessão, pretende-se avaliar a literacia em saúde nestes três temas fundamentais para as crianças em idade pré-escolar.

Ao nível da concretização dos objetivos enquanto estudante, prevê-se uma reflexão que reflita o desenvolvimento de competências de comunicação, planificação, dinamização de atividades e avaliação pedagógica em contexto de saúde escolar.

### **4.1. Recursos**

#### Recursos Materiais

- Cartões ilustrados com hábitos saudáveis e não saudáveis sobre alimentação, higiene oral e atividade física
- 10 cartões sobre cada tema, com uma moldura de cor específica para cada tema (azul para alimentação, verde para higiene oral e vermelho para atividade física)
- Música, colunas e “aparelho de som”
- Cadeiras ou bancos
- Autocolantes de reforço positivo
- Grelha de avaliação

## Recursos Humanos

- Enfermeiro
- Grupo de crianças
- Educadora
- Auxiliar de ação educativa

### 4.2. Métodos

- Conversa inicial com as crianças
- No início da sessão é realizada uma conversa informal com as crianças, de forma a fazer a introdução das temáticas
- Questões sobre a temática e sobre os hábitos de cada criança
- Exploração das imagens nos cartões, decifrando o significado de cada uma

### Jogo Heróis Saudáveis

1. Explicar que cada criança será um herói saudável
2. Espalhar os cartões pelas cadeiras
3. Ao som da música, as crianças movem-se livremente pela sala
4. Quando a música para, cada criança senta-se numa cadeira e vê o cartão correspondente:
5. Se for um hábito saudável, fazem um movimento de “aprovação” com o polegar.
6. Se for um hábito não saudável, fazem um movimento de “desaprovação” com o polegar
7. No caso de alguma criança apresentar uma resposta diferente, é promovida a clarificação da situação
8. Em cada ronda, uma criança é convidada a elaborar uma explicação para o seu cartão.
9. O jogo só termina quando todos os cartões tiverem sido explorados e cada criança tiver identificado um comportamento saudável e um não saudável

### 4.3. Indicadores

### Indicadores de processo

- Participação ativa das crianças durante o jogo (observação do envolvimento).
- Grau de interesse e motivação observado durante as atividades.
- Capacidade de seguir instruções durante o jogo.

### Indicadores de resultado

- Para a questão “Indica um hábito saudável sobre um dos temas à tua escolha”, será determinada a percentagem de respostas corretas, através da fórmula:
- $N^{\circ}$  de respostas corretas / ( $n^{\circ}$  total de respostas x 100)
- Para a questão “Indica um hábito não saudável sobre um dos temas à tua escolha”, será determinada a percentagem de respostas erradas, através da fórmula:
- $N^{\circ}$  total de respostas –  $N^{\circ}$  de respostas corretas

## 5. AVALIAÇÃO

A sessão de Educação para a Saúde “Heróis Saudáveis” foi realizada com base nos indicadores de processo e de resultado previamente definidos, permitindo aferir o grau de concretização dos objetivos gerais, específicos e educacionais.

Tabela 1

CRIANÇA	ESCOLHA SAUDÁVEL	JUSTIFICAÇÃO	ESCOLHA NÃO SAUDÁVEL	JUSTIFICAÇÃO
M	“Comer maçã”	“A maçã tem muitas vitaminas e é vermelha”	“Rebuçados”	“Os doces fazem buracos nos dentes”
S	“Comer sopa”	É a poção mágica das vitaminas	“Ficar sentado sem fazer nada”	“Fica preguiçoso e não brinca com os amigos”
N	“Jogar à bola”	Para ter músculos fortes nas pernas	“Beber coca-cola”	“A coca-cola tem picos e faz doer a barriga”
M	“Lavar os dentes”	Para a boca cheirar bem e não ter bichos	“Comer Macdonalds”	“Só se pode comer às vezes porque faz mal à barriga”
F	“Comer peixe e brócolos”	Tem muitas vitaminas e faz ter ideias boas	“Comer bolo”	“Comer bolo é bom” -> depois de clarificar, referiu que só se pode comer em situações de festa
G	“Comer a pera”	Está na parte grande da roda dos alimentos	“Jogar consola”	“Faz doer os olhos de estar sempre a olhar”
A	“Andar de bicicleta”	Respiramos ar puro e é muito bom	“Dente sujo”	“O dente está triste porque a menina não lavou”

G	“Usar fio dentário”	Tira a comida que ficou escondida	“Escova com teia de aranha”	“A menina fez birra e não lavou os dentes”
A	“Ir à piscina”	Na piscina mexemos o corpo todo	“Dentes com cáries”	“Os dentes têm buracos que são as cáries”
G	“Praticar judo”	Eu não ando no judo, mas ando na piscina. Faz muito bem.	“Ficar sentado e não brincar lá fora”	“Está rabugenta e não respirou a Natureza”
C	“Ir ao parque”	“Podemos correr e podemos brincar”	“Ver televisão o dia todo”	“A televisão faz mal aos olhos”
K	“Comer pão”	“O pão tem alimentos saudáveis”	“Comer bolo de anos”	“Só podemos comer uma fatia de bolo porque tem muito açúcar e faz dores de barriga”
G	“Ir ao dentista”	“Para ver se os dentes estão sujos ou bem”	“Videojogos”	“O meu irmão joga sempre Playstation e o meu pai ralha com ele”
E	“Beber água”	“A água tira a sede e faz bem”	“Comer chupa-chupa”	“Comer doces dá força aos bichos das cáries”
V	“Usar pasta e escova”	“Para os micróbios não estragarem os dentes”	“A menina atirou a escova dos dentes”	“A menina portou-se mal e a escova está suja, vai ter os dentes sujos”
E	“Fazer ballet”	“Porque ficamos com os músculos mais fortes”.	“Os bichos das cáries fazem mal”	“O dente ficou triste porque tem muitos bichos”

No que concerne aos indicadores de processo, verificou-se uma participação ativa de todas as crianças durante o jogo. O recurso à metodologia lúdico-pedagógica revelou-se eficaz, mantendo um elevado grau de interesse e motivação ao longo dos 30 minutos de sessão. As crianças demonstraram capacidade para seguir as instruções do jogo, reagindo prontamente aos estímulos visuais e auditivos. Algumas crianças apresentaram maior timidez ao serem abordadas, mas todas participaram com interesse.

A análise dos indicadores de resultado baseou-se nos registos efetuados na Grelha de Avaliação que se apresenta de seguida, focando-se na capacidade das crianças em identificar e justificar escolhas saudáveis e não saudáveis.

#### **Hábitos saudáveis:**

Nº de respostas corretas/ (nº total de respostas x 100)

$$\frac{16}{16 \times 100}$$

100% respostas corretas

#### **Hábitos não saudáveis**

Nº de respostas corretas/ (nº total de respostas x 100)

$$\frac{15}{16 \times 100}$$

94% respostas corretas

De acordo com o objetivo específico definido, 100% das crianças foram capazes de identificar, pelo menos, um comportamento saudável e 94% um comportamento não saudável com a respetiva justificação.

A análise qualitativa das justificações registadas na grelha demonstra a aquisição de literacia em saúde nas três áreas temáticas:

**Alimentação:** As crianças reconheceram escolhas saudáveis (ex: sopa, fruta, água) associando-as ao crescimento e hidratação e identificaram escolhas não saudáveis (ex: refrigerantes, doces) associando-as a "dores de barriga" ou excesso de açúcar.

**Higiene Oral:** Foi notória a identificação de comportamentos preventivos da cárie (escovagem, fio dentário) e o reconhecimento de que os doces atraem "bichinhos" (bactérias/cárie).

**Atividade Física:** Os participantes distinguiram claramente entre o brincar ativo (futebol, bicicleta, nadar) e o sedentarismo (excesso de ecrãs, estar no sofá), justificando com a sensação de força ou cansaço visual.

A verbalização destas justificações, ainda que em linguagem simples adequada à faixa etária, confirma que o objetivo de estimular a capacidade de distinção entre comportamentos foi plenamente atingido.

Relativamente aos objetivos enquanto estudante, esta intervenção permitiu o desenvolvimento de competências fundamentais:

**Comunicação e Intervenção:** A necessidade de adaptar conceitos técnicos (como a prevenção de cáries ou obesidade) à linguagem infantil ("bichinhos nos dentes", "comida de plástico") aprimorou a capacidade de comunicação em saúde escolar e, particularmente na faixa etária do público pré-escolar.

**Planeamento e Dinamização:** A implementação da atividade exigiu uma gestão rigorosa do tempo e do grupo, consolidando competências de planeamento e execução de atividades educativas. Verificou-se que, por vezes, algumas alterações são necessárias, face ao inicialmente planeado, de forma a adaptar a atividade ao grupo e às condições, sempre com o objetivo de tornar a sessão mais eficaz. Neste sentido, estava previsto fazer as questões individuais no final da sessão, mas optou-se por ir fazendo no decorrer do jogo, que se verificou manter o foco individual da criança, mas também a colaboração e discussão de todo o grupo, evitando dispersar e potenciando a aquisição da literacia. A recompensa e atribuição do autocolante "heróis saudáveis" demonstrou ter um papel importante na satisfação das crianças e na promoção do diálogo em casa, sobre a atividade que desenvolveram.

Promoção da Saúde: A atividade contribuiu efetivamente para o aumento da literacia em saúde deste grupo-alvo, capacitando as crianças para serem agentes ativos na sua própria saúde ("Heróis Saudáveis").

Em suma, a sessão cumpriu o seu Objetivo Geral de promover a adoção de hábitos de vida saudáveis, observando-se que as crianças interiorizaram os conceitos-chave através da brincadeira e da participação ativa na construção do seu conhecimento

## 6. PLANO DE SESSÃO

Tabela 2

<b>Intervenção:</b> Educação para a Saúde			
<b>Título:</b>	“Heróis Saudáveis”		
<b>Público-alvo:</b>	Turmas do pré-escolar		
<b>Data:</b> 05/12/2025	<b>Duração:</b> 30min	<b>Sessão:</b> 1/1	<b>Local:</b> Parque Escolar
<b>Formadores:</b>	Maria Inês Caçoiло, aluna de MESIP, UCP - Porto		
<b>Objetivo geral</b>	Promover a adoção de hábitos de vida saudáveis nas áreas da alimentação, higiene oral e atividade física, em crianças de idade pré-escolar, contribuindo para o seu bem-estar e crescimento equilibrado.		
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Favorecer o desenvolvimento de conhecimentos sobre alimentação equilibrada, higiene oral e atividade física de forma que, no final da atividade, as crianças sejam capazes de identificar, pelo menos, um comportamento saudável e um comportamento não saudável com a respetiva justificação.</p> <p>Estimular a capacidade de distinguir entre comportamentos saudáveis e não saudáveis, melhorando o conhecimento antes e após a sessão</p> <p>Promover a participação ativa das crianças na construção do seu próprio conhecimento sobre saúde.</p>		
<b>Objetivos enquanto estudante</b>	<p>Desenvolver competências na promoção da saúde infantil em contexto de saúde escolar</p> <p>Desenvolver competências de comunicação e intervenção em contexto de saúde escolar na idade pré-escolar</p> <p>Desenvolver competências de planeamento, implementação e avaliação de atividades de educação para a saúde.</p> <p>Contribuir para o aumento da literacia em saúde das crianças em idade pré-escolar</p>		

<p><b>Objetivos educacionais</b></p>	<p>Promover a literacia em saúde das crianças, de modo a que, para cada um dos temas de Higiene Oral, Alimentação saudável e atividade física, sejam capazes de:</p> <p>Identificar comportamentos saudáveis (ex.: escovar os dentes 2x/dia, usar pasta fluoretada).</p> <p>Identificar comportamentos não saudáveis (ex.: consumo frequente de doces, não escovar os dentes).</p> <p>Reconhecer escolhas alimentares saudáveis (ex.: frutas, legumes, água).</p> <p>Reconhecer escolhas não saudáveis (ex.: refrigerantes, ultraprocessados).</p> <p>Identificar hábitos que promovem a atividade física (ex.: brincar ao ar livre, caminhar).</p> <p>Identificar hábitos sedentários (ex.: uso excessivo de ecrãs).”</p>
--------------------------------------	--

Tabela 3

FASE	CONTEÚDOS	MÉTODO	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO	TEMPO
<b>Introdução</b>	Acolhimento e apresentação	Apresentação da atividade e breve conversa introdutória sobre hábitos saudáveis.	Diálogo com recurso a perguntas orientadoras; observação de comportamentos e respostas.	Cadeiras ou bancos	Grau de participação e interesse das crianças.	5min
<b>Desenvolvimento</b>	Exploração e motivação	Apresentação dos cartões temáticos e identificação coletiva de comportamentos saudáveis e não saudáveis.	Conversa guiada, observação direta, reforço positivo	Cartões ilustrados	Capacidade de reconhecer hábitos adequados e inadequados.	5min
	Jogo “Heróis Saudáveis”	As crianças circulam com música e reagem aos cartões: polegar para cima (saudável) ou para baixo (não saudável).	Jogo motor lúdico, expressão corporal, trabalho em grupo.	Música Colunas Aparelho de som	Respostas corretas; envolvimento ativo.	10 min
<b>Conclusão</b>	Avaliação e reforço positivo	Cada criança identifica um comportamento saudável e um não saudável; entrega do autocolante.	Diálogo avaliativo; observação direta; registo na grelha.	Autocolantes Grelha de avaliação	Identificação correta dos comportamentos e justificação simples.	10min

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Plano Nacional de Saúde Escolar 2015–2020*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021–2025* (ISBN 978-972-675-297-4; Depósito Legal 490776/21). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2024). *Relatório anual PNPAS 2023*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2024/12/Relatorio-Anual-PNPAS-2023.pdf>

ESPGHAN Committee on Nutrition. (2010). *Practical approach to paediatric enteral nutrition*. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. <https://www.espghan.org/espghan.info+1>

Ordem dos Enfermeiros. (2010–2011). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vols. 1–3). Cadernos OE. Ordem dos Enfermeiros.

World Health Organization. (2020). *Global strategy on diet, physical activity and health*. World Health Organization.

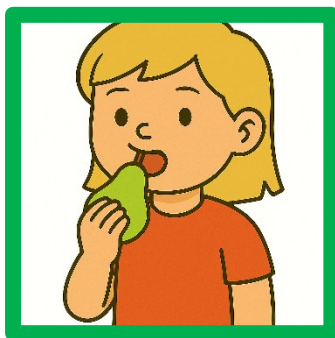
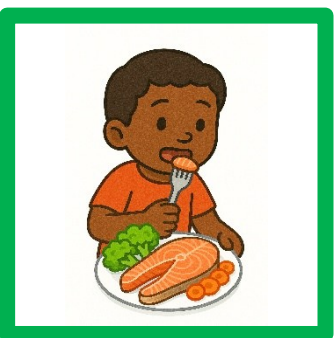
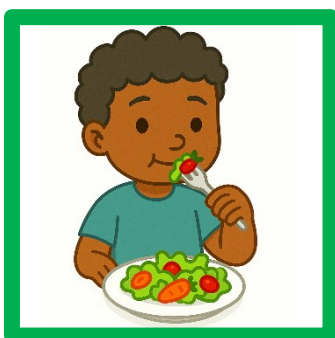
World Health Organization. (2020). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Health promotion framework*. World Health Organization.

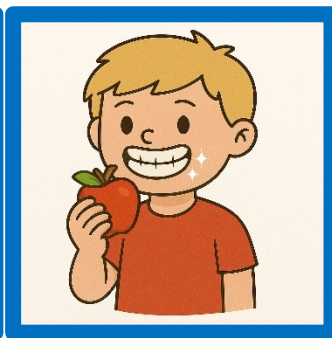
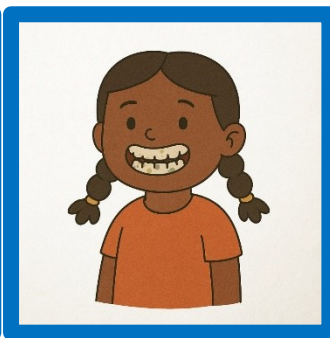
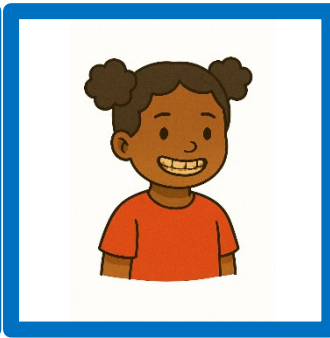
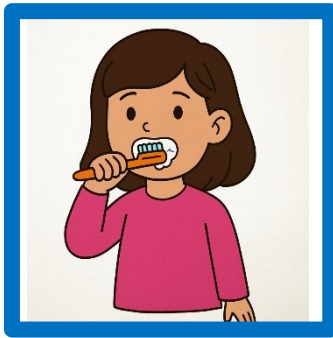
Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., ... Tremblay, A. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8> [Repositório UQ Sul+1](#)

## APÊNDICES

Apêndice I – Cartões ALIMENTAÇÃO



Apêndice II – Cartões HIGIENE ORAL



### Apêndice III – Cartões ATIVIDADE FÍSICA





## **APÊNDICE II**

**Planeamento e material produzido para Formação de Pares -  
“Desmistificar a Prematuridade e os Cuidados Neonatais”**





Planeamento de Formação de Pares

**“DESMISTIFICAR A PREMATURIDADE E OS  
CUIDADOS NEONATAIS”**



Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Contexto: Cuidados de Saúde Primários

Estudante: Maria Inês Pinto Caçoiló

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	113
2. ENQUADRAMENTO	115
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	119
3.1. Público-alvo	119
4. OBJETIVOS	120
4.1. Objetivos gerais	120
4.2. Objetivos específicos	120
4.3. Objetivos Educacionais	120
4.4. Objetivos enquanto estudante	120
5. ESTRATÉGIAS	121
5.1. Recursos	121
5.2. Métodos	121
5.3. Indicadores	121
6. AVALIAÇÃO	123
7. PLANO DE SESSÃO	123
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	127
APÊNDICES	129
Apêndice I – Apresentação da Sessão de Formação de Pares	131
Apêndice II – Avaliação formativa dos participantes	146
Apêndice III – Avaliação da Sessão	148

## 1. INTRODUÇÃO

A prematuridade representa um desafio clínico e emocional significativo para as famílias e para os profissionais de saúde, exigindo uma abordagem integrada, contínua e baseada na melhor evidência. No contexto dos CSP, a vigilância do recém-nascido pré-termo assume particular relevância, não só pela necessidade de monitorizar o crescimento, o desenvolvimento e sinais de alerta, mas também pela importância da capacitação parental e da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Neste contexto, a sessão formativa “Desmistificar a Prematuridade e os Cuidados Neonatais” foi concebida para responder às necessidades identificadas no diagnóstico de situação, nomeadamente a necessidade de uniformizar práticas, fortalecer a comunicação entre equipas e clarificar conceitos essenciais como colostroterapia, cuidados canguru, cuidados centrados no desenvolvimento, vigilância em idade corrigida e práticas recomendadas na transição para o domicílio. A formação de pares revela-se uma estratégia pedagógica privilegiada, pois promove a partilha de experiências, estimula a reflexão crítica e contribui para a harmonização da intervenção em CSP, garantindo cuidados mais consistentes, humanizados e baseados na evidência.

A sessão tem natureza orientada para a aplicabilidade clínica. Estrutura-se numa modalidade expositivo-participativa, integrando momentos de exposição teórica e discussão reflexiva. Através desta abordagem, pretende-se que os profissionais consolidem conhecimentos, desenvolvam capacidade crítica e reforcem a atuação colaborativa com as equipas hospitalares, elemento fundamental para facilitar transições seguras e promover melhores resultados em saúde para o recém-nascido e sua família.

Este documento encontra-se organizado de forma a enquadrar de modo sistemático toda a intervenção formativa. Inicia com a introdução e o enquadramento teórico-científico, seguindo-se o diagnóstico de situação, os objetivos gerais, específicos, educacionais e pessoais da formanda. Posteriormente, são descritas as estratégias pedagógicas, recursos utilizados, métodos de ensino, indicadores de processo e de resultado, culminando com o plano detalhado da sessão. Nos apêndices incluem-se os instrumentos de avaliação e outros materiais de apoio utilizados.

Assim, esta planificação visa não só orientar a implementação da sessão, mas também servir como documento estruturante para reflexão, fundamentação teórica e avaliação da eficácia da ação educativa, contribuindo para a prática baseada na evidência e para a qualificação contínua da intervenção em saúde infantil nos CSP.

## 2. ENQUADRAMENTO

Segundo a OMS, a Neonatologia corresponde ao ramo da Pediatria que abrange a vigilância e intervenção especializada, destinada a assegurar a sobrevivência, saúde e desenvolvimento dos recém-nascidos até aos 28 dias de vida, com particular atenção aos Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) e aos que apresentam complicações ao nascer. (WHO, 2021).

São várias as possíveis causas de internamento numa Unidade de Neonatologia mas a Prematuridade assume maior preponderância. Em Portugal, a Prematuridade representava, em 2024, 7 a 10% dos nascimentos em Portugal (INE; 2024)

A Prematuridade constitui um desafio significativo na prática de enfermagem pediátrica e neonatal, exigindo conhecimentos especializados e intervenções baseadas em evidência científica. No contexto dos CSP, os enfermeiros desempenham um papel crucial na continuidade dos cuidados após a alta do serviço de Neonatologia. Destaca-se a vigilância do crescimento e desenvolvimento do Recém-Nascido (RN), a promoção de práticas centradas na família e capacitação parental e prevenção e vigilância de complicações, em consonância com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023) e da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023).

A Prematuridade é definida, pela OMS (2023), como o nascimento antes das 37 semanas de gestação (SG), sendo classificada de acordo com a idade gestacional e correspondente grau de imaturidade fisiológica. Implica risco acrescido de alterações neurológicas, sensoriais, respiratórias, nutricionais e psicossociais, que exigem vigilância e intervenção precoce.

A complexidade dos cuidados neonatais, exige do enfermeiro, competências avançadas na observação, intervenção e comunicação, sustentadas por raciocínio crítico e evidência científica.

No contexto dos CSP (CSP), a abordagem de temáticas como a vinculação, a importância do colostro (e sensibilização para a colostroterapia), a amamentação precoce e as dificuldades acrescidas nos bebés prematuros pode assumir particular relevância, por exemplo, nos cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, na perspetiva de favorecer, potencialmente uma melhor aceitação do processo de internamento do RN por parte dos seus pais, estabelecer uma parceria de cuidados efetiva e atingir ganhos em saúde para os pais e para o bebé.

A EFCNI conceptualiza os Cuidados Centrados na Família (CCF) como o padrão europeu de qualidade, com foco na corresponsabilização e parceria contínua entre pais e equipa de saúde. Também a UNICEF enquadra os CCF como um direito fundamental da criança e da família, promovendo práticas humanizadas, vínculo e participação ativa dos pais desde o nascimento. O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey globalmente implementado nos serviços de pediatria e neonatologia, corresponde a uma expressão prática desta filosofia.

Por sua vez, os Cuidados Canguru correspondem, de acordo com a OMS, aos “cuidados de um bebé prematuro/de baixo peso à nascença, prestados em contacto pele com pele com a mãe. As suas principais características incluem contacto precoce, contínuo e prolongado pele com pele entre a mãe e o bebé, e amamentação exclusiva (idealmente) ou alimentação com leite materno.” (OMS, 2017)

Quando o RN não tem condições clínicas para iniciar alimentação por via oral, a colostroterapia constitui-se uma prática essencial para promover a imunidade do bebé e para lhe proporcionar experiências orais positivas. “Colostroterapia é a administração de pequenas quantidades do colostro materno na cavidade oral/orofaringe do recém-nascido (normalmente pré-termo), com fins imunomodulatórios e de estimulação das defesas locais. A técnica — também descrita como oropharyngeal administration of colostrum (OAC/OPC) ou oral immune therapy — consiste tipicamente em aplicar gotas de colostro (0,2 mL) em cada lado da boca, diretamente sobre a mucosa orofaríngea, nas primeiras horas/dias de vida, para expor o tecido linfóide orofaríngeo a fatores bioativos do colostro (imunoglobulinas, fatores de crescimento, citocinas) e assim potenciar proteção infecciosa e maturação imunológica e digestiva do RN (2023, Kumar; Ranjan).

Por último, os Cuidados Centrados no Desenvolvimento constituem uma abordagem baseada na evidência das neurociências, cujo objetivo é proteger o cérebro em desenvolvimento, promover a organização fisiológica, reduzir estímulos nocivos e envolver a família como parte fundamental do cuidado, sendo operacionalizados através de modelos como o NIDCAP e fundamentados no Modelo Sinactivo de Heidelise Als.

Nos CSP dá-se continuidade a este acompanhamento, que se mantém com particularidades e, no qual, se torna essencial o acompanhamento multidisciplinar, a capacitação parental, a vigilância de sinais de alerta, a promoção da integração escolar e social e a intervenção precoce e encaminhamento, reforçando a importância do conhecimento das temáticas e abordagens anteriormente mencionadas.

Da transição do hospital para o domicílio, após a alta hospitalar, deve fazer parte uma visita domiciliária em parceria com a equipa na Neonatologia e a equipa dos CSP para que o processo seja vivido pela família de forma mais efetiva e eficaz. De acordo com Meleis, o conceito de transição em Enfermagem, refere-se a um processo de mudança, vivido por indivíduos ou famílias, que envolve adaptação, reorganização de papéis, aquisição de novas competências e respostas psicológicas, sociais ou físicas, ocorrendo quando a pessoa passa de um estado, situação ou nível de funcionamento para outro. (Meleis, 2010)

A transição para o domicílio, do recém-nascido prematuro, é um processo planeado e contínuo que visa capacitar os pais para assumir cuidados seguros e competentes, assegurar continuidade dos cuidados, reduzir ansiedade parental e promover adaptação familiar, conforme recomendado pela EFCNI, OMS e AAP (EFCNI, 2018), (OMS, 2013)

A vigilância do recém-nascido prematuro nos CSP é essencial. A EFCNI sublinha que os prematuros necessitam de visitas de seguimento mais frequentes e completas do que os bebés de termo, com o objetivo de garantir a monitorização do crescimento e do desenvolvimento e a identificação precoce de potenciais complicações. De forma congruente, os European Standards of Care for Newborn Health reforçam a necessidade de serviços coordenados, especializados e continuados, assegurando que o seguimento clínico após a alta se estende ao domicílio e à comunidade (EFCNI, 2018). Também a OMS considera que os bebés pré-termo apresentam um risco elevado de sequelas a longo prazo, recomendando a implementação de sistemas robustos de follow-up e de continuidade de cuidados, iniciados na unidade neonatal e articulados com os cuidados primários e o contexto familiar (OMS, 2022).

A vacinação de lactentes pré-termo deve seguir, sempre que o recém-nascido esteja clinicamente estável, o esquema do Programa Nacional de Vacinação pela idade cronológica, uma vez que a evidência demonstra que, apesar de respostas imunológicas iniciais por vezes menos intensas, as vacinas são globalmente imunogénicas, eficazes e seguras neste grupo (Gagneur, 2015; Fortmann et al., 2022). As exceções são VHB e BCG cuja operacionalização difere nos pré-termos e de baixo peso. O PNV2020 determina que os recém-nascidos com idade gestacional  $\leq 28$  semanas realizem as primeiras vacinações em meio hospitalar, com vigilância cardiorrespiratória mínima de 6–8 horas após a administração, dada a maior probabilidade de eventos de apneia, bradicardia ou dessaturação nestes extremos de prematuridade; a decisão clínica sobre continuidade do esquema deve ser

documentada e tomada pelo médico assistente. Em relação ao peso ao nascer, a administração destas vacinas deve aguardar até o bebê atingir 2000g ou 1 mês de idade cronológica e os lactentes. Atualmente, a vacinação da BCG deve aguardar também o resultado negativo do Rastreio das Doenças Metabólicas. Os filhos de mães Ag-HBs positivas, mesmo com peso <2000 g, são sujeitos a um esquema acelerado de 4 doses para VHB (0,1,2,6 meses), com vigilância e follow-up serológico subsequente. Estas medidas reforçam a importância do internamento/vacinação hospitalar como oportunidade para garantir monitorização adequada, registo e articulação com cuidados primários para continuidade do esquema vacinal. No caso de haver reações adversas nesta primeira administração, a vacinação dos 2M deve também ser assegurada em meio hospitalar. (DGS, 2020) A articulação entre hospital e CSP, mediada pela enfermagem, é assim fundamental para assegurar uma trajetória vacinal completa, segura e baseada na evidência.

### **3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Nos últimos anos, observa-se uma melhoria significativa na sobrevivência de recém-nascidos pré-termo, associada ao avanço dos cuidados neonatais. Consequentemente, os CSP recebem cada vez mais famílias cujos bebés nasceram prematuros, apresentando necessidades específicas de vigilância, intervenção precoce e acompanhamento ao longo do desenvolvimento.

A transição da unidade de neonatologia para o domicílio representa um período crítico para a família e para as equipas de enfermagem nos CSP, exigindo competências atualizadas, comunicação eficaz e atuação integrada com outros níveis de cuidados.

Verifica-se a importância de melhorar a literacia profissional sobre prematuridade e particularidades clínicas na vigilância destas crianças (peso, alimentação, desenvolvimento, sinais de alerta).

Verifica-se também que a comunicação e referenciação entre hospital e CSP são pouco estruturadas ou, por outro lado, precisam de uma relação mais estreita e individualizada.

A formação de pares surge como estratégia para harmonizar práticas, reforçar competências e consolidar um modelo de cuidados centrado na família e baseado em evidência.

#### **3.1. Público-alvo**

Enfermeiros do Centro de Saúde de Aveiro

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivos gerais**

- Promover a atualização e a reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro, integrando a melhor evidência
- Potenciar transições saudáveis do recém-nascido pré-termo e da sua família, assegurando vigilância adequado em contexto de CSP.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Apresentar os conceitos e de colostroterapia, cuidados canguru, cuidados centrados no desenvolvimento e parceria de cuidados.
- Clarificar quais as práticas na transição para o domicílio e na vigilância de saúde do lactente prematuro, atendendo à IC
- Reforçar a importância da comunicação entre a equipa hospitalar e a equipa de CSP para promover transições saudáveis

### **4.3. Objetivos Educacionais**

- Aumentar conhecimento na equipa acerca de conceitos fundamentais de prematuridade, e particularidades na vigilância, tendo em conta a IC
- Verificar a compreensão dos formandos acerca dos conceitos e particularidades associados aos cuidados neonatais e à prematuridade

### **4.4. Objetivos enquanto estudante**

- Desenvolver competências pedagógicas e de comunicação na formação de pares.
- Consolidar conhecimentos técnico-científicos relativos à prematuridade.
- Planear, implementar e avaliar uma sessão formativa estruturada.

## **5. ESTRATÉGIAS**

A sessão terá uma duração aproximada de 60 minutos e assenta numa metodologia expositivo-participativa, utilizando o PowerPoint como suporte visual, promovendo a reflexão crítica e a partilha de experiências entre profissionais. A avaliação será realizada através de questionários individuais, que pretende a avaliação de conhecimentos, bem como a avaliação da sessão formativa (apêndices I e II). Destes instrumentos resultará uma reflexão e avaliação da sessão por parte da formadora.

### **5.1. Recursos**

#### **Recursos Materiais**

- Apresentação PowerPoint
- Projetor
- Ficha de avaliação final

#### **Recursos Humanos**

- Enfermeiro dinamizador da sessão (aluna de MESIP)

### **5.2. Métodos**

- Método expositivo
- Método de discussão

### **5.3. Indicadores**

#### **Indicadores de processo**

- Assiduidade e Envolvimento Global do Grupo
- Percentagem de presenças em relação ao total de participantes previstos.
- Percentagem de intervenções em relação ao total de presenças

## **Indicadores de resultado**

- Identificação correta dos conceitos-chave, através de uma ficha formativa
- Valorização do aumento do conhecimento para a prática clínica, através de uma ficha de avaliação da sessão

## 6. AVALIAÇÃO

A etapa de avaliação constitui um componente estruturante do planeamento da formação de pares, permitindo aferir a eficácia da estratégia pedagógica implementada e o grau de concretização dos objetivos propostos. A presente avaliação foi desenhada numa perspetiva multidimensional, englobando indicadores de processo e de resultado, com o intuito de verificar a aquisição de conhecimentos, a satisfação dos participantes e o desenvolvimento de competências da formadora aferindo, assim, a eficácia da estratégia pedagógica implementada e o grau de concretização dos objetivos propostos.

A avaliação de processo focou-se na adesão e na dinâmica do grupo durante a sessão "Desmistificar a Prematuridade e os Cuidados Neonatais". Foram considerados como indicadores primários a taxa de assiduidade (percentagem de presenças face ao total previsto) e o nível de envolvimento global, mensurado através da percentagem de intervenções e da qualidade da discussão reflexiva gerada.

Percentagem de presenças em relação ao total de participantes previstos.

$$\frac{15}{16 \times 100} = 94\% \text{ de presenças}$$

Percentagem de pessoas que fizeram intervenções em relação ao total de presenças

$$\frac{9}{15 \times 100} = 60\% \text{ dos participantes, fizeram intervenções durante a sessão}$$

A metodologia expositivo-participativa adotada teve como propósito potenciar este envolvimento, facilitando a partilha entre pares. A equipa não tem experiência na área da prematuridade, mas a temática suscitou bastante interesse e momentos para esclarecimentos, propostas (particularmente para o seguimento destas crianças em contexto de CSP) e outras observações.

Para dar resposta aos objetivos educacionais — nomeadamente a verificação da compreensão/identificação por parte dos formandos, dos conceitos e particularidades associadas aos cuidados neonatais e à prematuridade foi aplicado um instrumento de avaliação formativa (Apêndice 1). A análise deste instrumento permite estabelecer uma relação direta com os objetivos específicos delineados:

Apropriação de conceitos teóricos nas questões:

**1. A colostroterapia tem como principal finalidade:**

**(100% respostas corretas)**

- a) Aumentar a tolerância digestiva do recém-nascido
- b) Proporcionar estimulação imunológica precoce**
- c) Substituir a amamentação
- d) Prevenir refluxo gastroesofágico

**2. O método canguru promove sobretudo:**

**(100% respostas corretas)**

- a) Maior estabilidade térmica e fisiológica, reforçando o vínculo**
- b) Maior necessidade de suporte respiratório
- c) Redução da estimulação sensorial
- d) Ganho ponderal lento

**3. Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento incluem como princípio essencial:**

**(100% respostas corretas)**

- a) Separação dos pais para durante procedimentos técnicos
- b) Intervenções agrupadas e individualizadas**
- c) Estímulos sonoros frequentes
- d) Iluminação intensa para maior vigilância

**4. O Modelo de Parceria de Cuidados defende que:**

**(100% respostas corretas)**

- a) Os pais devem limitar-se à observação para evitar interferência clínica
- b) O foco deve ser exclusivamente técnico e centrado na equipa
- c) A participação dos pais pode aumentar o risco clínico
- d) A família é parceira ativa na prestação de cuidados**

**10. A evidência científica demonstra que os CCD e cuidados canguru:**

**(100% respostas corretas)**

- a) Estão associados a maior instabilidade fisiológica**
- b) Aumentam o tempo de internamento
- c) Melhoram ganho de peso, vínculo e neurodesenvolvimento
- d) São apenas recomendados para bebês de termo

Operacionalização da vigilância de saúde e da transição para o domicílio com utilização correta da Idade Corrigida, nas questões:

**5. A comunicação entre equipa hospitalar e CSP na transição para o domicílio é fundamental porque:**

(100% respostas corretas)

- a) Evita duplicação de visitas
- b) Facilita uma transição segura e cuidados contínuos**
- c) Reduz o tempo de consulta nos CSP
- d) Substitui a avaliação clínica da UCIN

**6. A idade corrigida é usada para:**

(100% respostas corretas)

- a) Calcular o peso ao nascer
- b) Avaliar crescimento e desenvolvimento até aos 10 anos
- c) Ajustar a interpretação do crescimento e marcos de desenvolvimento**
- d) Definir o a idade gestacional no momento do parto

A vigilância do prematuro em CSP deve incluir atenção especial a:

(100% respostas corretas)

- a) Sono prolongado
- b) Horário rígido de alimentação
- c) Ganho ponderal <10 g/dia, apneias ou tiragem**
- d) Choro ocasional

Conhecimento dos enfermeiros sobre a importância da comunicação entre a equipa hospitalar e os CSP, bem como a uniformização de práticas, nas questões:

**8. A abordagem da prematuridade nos cursos de parentalidade é importante porque:**

(100% respostas corretas)

- a) Reduz o número de visitas domiciliárias
- b) Substitui o ensino realizado na UCIN
- c) Diminui a procura dos CSP
- d) Ajuda a melhorar recetividade dos pais ao internamento e promove vínculo**

### 9. Um dos objetivos da formação de pares nesta temática é:

(100% respostas corretas)

- a) Uniformizar práticas de vigilância e transição para o domicílio
- b) Ensinar novas normas administrativas
- c) Reforçar procedimentos exclusivamente técnicos
- d) Preparar para auditorias externas

A consolidação destas respostas permite inferir que houve uma efetiva compreensão dos conceitos e particularidades associadas aos cuidados neonatais e à prematuridade indo assim, ao encontro, dos objetivos da sessão.

A avaliação do desempenho da formadora e da qualidade da sessão foi realizada através do preenchimento do inquérito de satisfação (Apêndice 2). Este instrumento, composto por uma escala de Likert, permitiu avaliar a clareza dos objetivos, o domínio do conteúdo e a adequação da metodologia. Os resultados obtidos neste âmbito são indicadores diretos do cumprimento dos objetivos enquanto estudante:

Às questões 1 e 3 ("clareza dos objetivos" e "metodologia utilizada") foi atribuída a classificação 5 por todos os participantes, à exceção de 1 que atribuiu 4 à metodologia utilizada. Pode assim depreender-se o sucesso no desenvolvimento de competências pedagógicas e de comunicação.

Às questões 2 e 4 ("domínio do conteúdo" por parte da formadora e "Aquisição de práticas uniformes") foi atribuída a classificação 5 por todos os participantes, o que evidencia a consolidação dos conhecimentos técnico-científicos relativos à temática.

À questão 5 "Adequação da duração da sessão", 2 participantes atribuíram a classificação 4 e os restantes a classificação 5. Em observações foi clarificado que a complexidade do tema deveria ser explorada numa sessão mais longa.

Em suma, a triangulação dos dados obtidos através da ficha formativa e do inquérito de satisfação permite concluir que a sessão contribuiu para a valorização do conhecimento na prática clínica, capacitando os enfermeiros para uma intervenção mais qualificada e uniforme junto da criança prematura e família.

## 7. PLANO DE SESSÃO

Tabela 1

<b>Intervenção:</b> Formação de pares			
<b>Título:</b>	“Desmistificar a Prematuridade e os Cuidados Neonatais”		
<b>Público-alvo:</b>	Enfermeiros do Centro de Saúde		
<b>Data:</b> 05/12/2025	<b>Duração:</b> 30min	<b>Sessão:</b> 1/1	<b>Local:</b> UCC
<b>Formadores:</b>	Maria Inês Caçoilo, aluna de MESIP, UCP - Porto		
<b>Objetivos gerais</b>	<p>Promover a atualização e a reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro, integrando a melhor evidência</p> <p>Potenciar transições saudáveis do recém-nascido pré-termo e da sua família, assegurando vigilância adequado em contexto de CSP.</p>		
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Apresentar os conceitos e de colostroterapia, cuidados canguru, cuidados centrados no desenvolvimento e parceria de cuidados.</p> <p>Clarificar quais as práticas na transição para o domicílio e na vigilância de saúde do lactente prematuro, atendendo à IC</p> <p>Reforçar a importância da comunicação entre a equipa hospitalar e a equipa de CSP para promover transições saudáveis</p>		
<b>Objetivos enquanto estudante</b>	<p>Desenvolver competências pedagógicas e de comunicação na formação de pares.</p> <p>Consolidar conhecimentos técnico-científicos relativos à prematuridade.</p> <p>Planear, implementar e avaliar uma sessão formativa estruturada.</p>		
<b>Objetivos educacionais</b>	<p>Aumentar conhecimento na equipa acerca de conceitos fundamentais de prematuridade, e particularidades na vigilância, tendo em conta a IC</p>		

Tabela 2

<b>FASE</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Introdução</b>	Acolhimento e apresentação	Método expositivo-dialogado	Apresentação da sessão Contextualização da temática e Identificação das expectativas do grupo		Grau de participação e interesse demonstrado	5 min
<b>Desenvolvimento</b>	Exposição das temáticas	Método expositivo	Apresentação dos conceitos e enquadramento científico através dos slides	PowerPoint	Observação da participação e da compreensão dos conteúdos	15 min
	Discussão interativa e reflexiva	Método de discussão	Debate orientado e partilha de experiências	Projektor	Pertinência das intervenções e reflexão crítica	5 min
<b>Conclusão</b>	Avaliação da aprendizagem e da sessão e síntese final	Aplicação dos instrumentos de avaliação	Aplicação da ficha de avaliação formativa e da sessão	Fichas de avaliação	Correção da ficha formativa e análise das respostas	5 min

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Aita, M., & Snider, L. (2003). *The art of developmental care in the NICU: A concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 223–232. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02526.x>

Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the neonatal individualization of care. In M. H. Klaus & A. A. Fanaroff (Eds.), *Care of the high-risk neonate* (pp. 3–54). Saunders.

Als, H. (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): From theory to practice in the NICU. *Infant and Young Child*, 22(2), 63–72.

American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>

Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>

Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03108.x>

Feldman, R. (2014). Parent–infant skin-to-skin contact: The biological basis for parental care and its impact on infant development. *Annual Review of Psychology*, 65, 143–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115039>

Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the NICU: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>

Kumar, J., Meena, J., Ranjan, A., & Kumar, P. (2023). Oropharyngeal application of colostrum or mother's own milk in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition Reviews*, 81(10), 1254–1266. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad002>

Ohlsson, A., & Jacobs, S. (2013). NIDCAP: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2012.09.003>

Reiter, A., ... [et al.]. (2022). Parental participation in the care of hospitalized neonates: A meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics*.

Mariani, I., ... [et al.]. (2024). Family-centred care interventions in neonatal intensive care units: A scoping review of randomized controlled trials providing a menu of interventions, outcomes and measurement methods. *BMJ Paediatrics Open*, 8, e002537.

Raghupathy, M. K., Parsekar, S. S., Nayak, S. R., et al. (2025). Effect of family-centered care interventions on motor and neurobehavioral development of very preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 45(3), 257–286.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.

European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health (ESCNH): Project Report*. EFCNI.

European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2021). *European Standards of Care for Newborn Health: Information Brochure*. EFCNI.

Direção-Geral da Saúde. (2021). Norma n.º 004/2021: Cuidados neonatais centrados no desenvolvimento e na família.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 031/2012: Cuidados ao recém-nascido pré-termo – Método Canguru.

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

UNICEF & World Health Organization. (2014). *Every Newborn: An Action Plan to End Preventable Deaths*. UNICEF/WHO.

World Health Organization. (2017). *Kangaroo Mother Care: Implementation Guide*. WHO.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I – Apresentação da Sessão de Formação de Pares

### DESMISTIFICAR OS CUIDADOS NEONATAIS E A PREMATURIDADE



CONHECER O PASSADO PARA  
MELHOR CUIDAR NO PRESENTE E  
FUTURO

**Maria Inês Caçoilo**  
Aluna de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Porto

UCC AVEIRO

## ÍNDICE

Objetivos da sessão

O que é a “normalidade”?

Prematuridade - Definição

- Etiologia e fatores de risco

- Características

Neonatologia - Cuidados prestados

- Funcionamento

- Papel dos pais

- Canguru

- Colostroterapia

Transição para o domicílio

Vigilância saúde - Particularidades

- Vacinação

Reflexão final

Referências bibliográficas



# OBJETIVOS DA SESSÃO



## Objetivos gerais

- Promover a atualização e a reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro, integrando a melhor evidência
- Potenciar transições saudáveis do recém-nascido pré-termo e da sua família, assegurando vigilância adequado em contexto de CSP.

## Objetivos específicos

- Apresentar os conceitos de colostroterapia, cuidados canguru, cuidados centrados no desenvolvimento e parceria de cuidados.
- Clarificar quais as práticas na transição para o domicílio e na vigilância de saúde do lactente prematuro, atendendo à IC
- Reforçar a importância da comunicação entre a equipa hospitalar e a equipa de CSP para promover transições saudáveis

## O QUE É A 'NORMALIDADE'?

Algumas das causas de internamento numa UCIN são:

- Prematuridade
- Má adaptação à vida extra-uterina
- Taquipneia transitória do RN
- Aspiração meconial
- Condição materna
- Situação social em avaliação
- Asfixia neonatal
- Sepsis neonatal
- Icterícia
- Hipoglicémia
- Incompetência alimentar
- ...



## É importante transmitir aos pais que:

A maioria dos bebés nasce e adapta-se bem.

A normalidade existe num vasto espectro: as variações são comuns.

Pequenas dificuldades iniciais são muitas vezes transitórias.



Cada bebé tem  
o seu ritmo de  
adaptação

A prematuridade  
é imaturidade,  
não doença

A neonatologia  
existe para  
proteger e  
apoiar

Os pais são  
essenciais no  
processo de  
recuperação e  
vínculo

## PREMATURIDADE



- RN Prematuro = Nascimento antes das 37 semanas de gestação (OMS, 2023)
- Classificação:
  - 34–36+6 SG (Prematuros Tardios)
  - 32–33+6 SG (Prematuros Moderados)
  - 28 –32+6 SG (Muito Prematuros)
  - <28 SG (Prematuros Extremos)
- A Prematuridade representa cerca de 7-10% dos nascimentos em Portugal (INE, 2024)



## PREMATURIDADE: ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

- Etiologia multifatorial:
  - Infecções
  - Gravidez gemelar
  - Hipertensão
  - Diabetes,
  - Rotura prematura de membranas
  - Fatores psicossociais e ambientais

RETIRAR  
SENTIMENTOS DE  
CULPA

## PREMATURIDADE: CARACTERÍSTICAS

- Baixo peso
- Hipotonia
- Imaturidade pulmonar
- Imaturidade termorreguladora
- Imaturidade digestiva
- Imaturidade reflexos de sucção
- Imaturidade neurológica
- Necessidade de vigilância contínua e suporte técnico especializado



## NA NEONATOLOGIA...

- Aplica-se o Modelo de Parceria de Cuidados
  - A Família é parceira na construção do plano de cuidados e na prestação dos mesmos



A mãe acompanha  
24h/dia

O pai acompanha em  
simultâneo com a mãe  
das 8h30 às 20h30

Os pais são incentivados  
e apoiados de forma a  
poderem prestar  
cuidados ao seu bebé

É promovida a  
amamentação com  
acompanhamento  
permanente

São proporcionadas  
condições para realizar  
contacto pele com pele

É realizada visita  
domiciliária para  
continuação do  
acompanhamento no  
domicílio 48h após a alta





# CUIDADOS NA NEONATOLOGIA



- Se necessário:
  - Incubadoras e controlo térmico (berços aquecidos, etc...)
  - Suporte respiratório (oxigénio, CPAP, ONAF)
  - Alimentação parentérica, entérica por SNG, entre outras...
  - Monitorização contínua dos parâmetros vitais
  - Vigilância contínua pela equipa multidisciplinar
  - MCDT e Intervenção Terapêutica

## PAPEL DOS PAIS

- Contacto pele a pele (Cuidado Canguru)
- Promoção do aleitamento materno (amamentação e extração precoce de colostro/LM)
- Colostroterapia
- Participação nos cuidados (higiene, contenção, mudança de fralda, conforto, alimentação...)
- Comunicação ativa com a equipa
- Partilha de aspetos emocionais e preocupações



Sentimentos comuns:

- culpa,
- medo,
- ansiedade,
- orgulho

A equipa de saúde também apoia os pais



# CANGURU

Os cuidados Canguru são parte integrante dos **Cuidados Centrados na Família**,

## Benefícios comprovados

- Diminui o tempo de internamento.
- Melhora o ganho de peso e o padrão de sono.
- Reforça o sentimento de competência parental.



# CANGURU

- Colocar o bebê nu (ou apenas com fralda e gorro) diretamente sobre o peito nu da mãe ou do pai
- Cobrir o bebê com uma manta
- Permanecer nessa posição, no mínimo, cerca de uma hora ou até o bebê manifestar intolerância



## Objetivos principais

- Favorecer a termorregulação do bebê
- Favorecer estabilização hemodinâmica
- Favorecer o desenvolvimento neurológico e emocional
- Promover a vinculação/ligação
- Estimular o aleitamento materno  
Reduzir o stress do bebê
- Promover a participação ativa dos pais

# COLOSTROTERAPIA



- O LM tem constituintes únicos que promovem a saúde e desenvolvimento do RN, tais como anticorpos e substâncias anti-inflamatórias que irão oferecer proteção contra doenças e infeções.
- O colostro é particularmente rico nestas substâncias providencia:
  - Proteção bacteriana,
  - Proteção antiviral,
  - Proteção anti-inflamatória
  - Proteção imunomodulatória



# COLOSTROTERAPIA

- Quando o colostro entra em contacto com células do sistema imunológico presentes na orofaringe, cria uma resposta protetora ao organismo do RN contra patogénicos.



- Administração de 0,2ml de colostro (0,1ml em cada lado da cavidade oral através de uma siringa), o mais precocemente possível após o nascimento
- A administração de colostro deve ser realizada 3/3hc

# CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO



## 1. Cuidados agrupados e individualizados

- Cada bebê tem o seu próprio ritmo de sono, vigília, alimentação e recuperação.
- Intervenções planejadas de acordo com os sinais de stress e autorregulação do RN

## 2. Controlo ambiental, protetor e regulado

- Controlo de luz e som, conforto e redução da sobrecarga sensorial

## 3. Posicionamento e contenção

- Posicionamentos de flexão com alinhamento corporal, favorecendo o conforto, a respiração e o desenvolvimento motor.
- Utilizam-se ninhos, rolos ou mantas para apoiar o corpo.

## 4. Parceria de cuidados

- Pais como parceiros ativos nos cuidados com enfoque na vinculação efetiva e na capacitação parental

## 5. Método Canguru / Pele-com-pele

- Ajuda na regulação térmica, emocional e fisiológica.

## 6. Aleitamento materno e alimentação humanizada

- Promoção da amamentação e da experiência oral positiva, privilegiando a exclusividade do LM

## 7. Minimização de procedimentos dolorosos

- Sucção não nutritiva, administração de sacarose a 24%, contenção, posicionamentos laterais, agrupamento de cuidados

Dimensão	Foco dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento
Recém-nascido	Proteção do cérebro e do sistema sensorial em desenvolvimento
Ambiente	Redução de estímulos agressivos (luz, ruído, manipulação)
Equipa de saúde	Observação dos sinais comportamentais do bebê e adaptação das intervenções
Família	Inclusão como parte essencial do cuidado e da tomada de decisão

A evidência científica demonstra que os CCD:

- Melhoram o ganho de peso e o crescimento;
- Reduzem o tempo de internamento;
- Diminuem o stress fisiológico e comportamental;
- Melhoram o desenvolvimento neurológico e motor;
- Favorecem o vínculo afetivo e o envolvimento familiar;
- Promovem cuidados mais humanizados e empáticos.



## TRANSIÇÃO PARA O DOMICÍLIO

- VD pela equipa da UCIN 48h após a alta
- Contacto com a equipa dos cuidados de Saúde Primários
- Enfermagem comunitária assegura continuidade e confiança.



## TRANSIÇÃO PARA O DOMICÍLIO

- VD pela equipa da UCIN 48h após a alta
- Contacto com a equipa dos cuidados de Saúde Primários
- Enfermagem comunitária assegura continuidade e confiança.



# VIGILÂNCIA DE SAÚDE

## PARTICULARIDADES DA PREMATURIDADE



### Idade corrigida

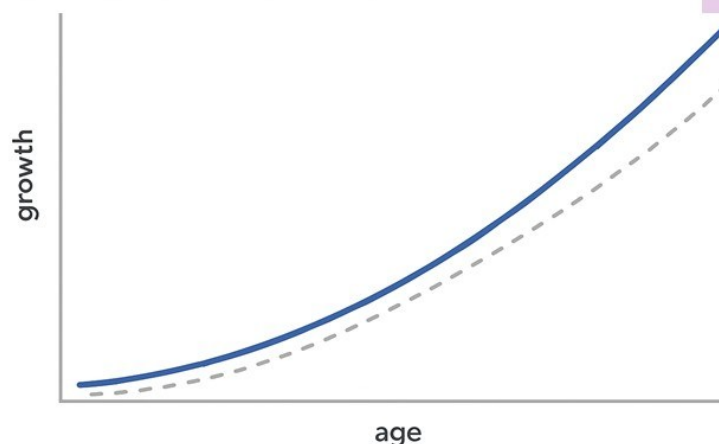
- **Criança prematura:** a vigilância é feita com **base na idade corrigida**  
IC = idade cronológica – nº de semanas que faltavam para completar 40 SG  
Utilizada até aos **24 meses** para avaliação do crescimento e desenvolvimento.

### Crescimento (peso, estatura e perímetro cefálico)

- **Criança prematura:**
  - Utilizadas **curvas de crescimento específicas** (na ULSRA utiliza-se a Escala de Fenton) até às 50 semanas pós-concepcionais.
  - Realizada transição posterior para curvas da OMS, **mantendo correção da idade.**
  - Crescimento pode ser mais lento inicialmente; avalia-se o **catch-up growth.**

# CATCH-UP GROWTH

- **Catch-up growth** - aumento acelerado da taxa de crescimento de uma criança após um período em que este abrandou devido a uma condição adversa .
- Ocorre geralmente **nos primeiros meses ou anos de vida**, especialmente após a correção da causa (ex.: nutrição adequada, estabilização clínica).
- Visa restabelecer os percentis esperados para a idade)
- É mais eficaz **quanto mais precoce for a intervenção.**



# CRESCIMENTO E AUMENTO PONDERAL

- O crescimento e o aumento ponderal são indicadores centrais do **estado de saúde e nutrição** do bebê, que se refletem essencialmente no bom funcionamento metabólico e hormonal.
- O crescimento adequado — especialmente **nos primeiros 1000 dias de vida** é essencial para o neurodesenvolvimento:
  - **maturação cerebral**
  - **formação de sinapses**
  - **aprendizagem e função motora**
- O **peso** é o **primeiro parâmetro a alterar-se** quando há **desequilíbrio nutricional**.



- **Desequilíbrios no crescimento** estão ligados a maior risco de **doenças crônicas** na idade adulta.

## Particularidades na vigilância de saúde da criança prematura



Aspeto	Criança Prematura	Criança de Termo
1. Idade de referência	Avaliação pela <b>idade corrigida</b> (até 24 meses).	Avaliação pela <b>idade cronológica</b> .
2. Crescimento	Curvas específicas (Fenton) Transição para curvas OMS com idade corrigida. Avalia-se catch-up growth.	Curvas OMS desde o nascimento.
3. Desenvolvimento	Risco aumentado de atraso cognitivo, motor ou de linguagem. Vigilância mais frequente	Avaliação segundo o calendário normal do PNSIJ.
4. Alimentação e nutrição	Priorizar Aleitamento materno com possível <b>fortificação</b> . A amamentação no RNPT requer técnicas e preocupações específicas. Fórmulas específicas para prematuros. Introdução alimentar conforme <b>idade corrigida</b> .	Aleitamento materno exclusivo até 6 meses. Introdução alimentar por volta dos 6 meses de idade cronológica.
5. Vacinação	Mesmo calendário, mas com <b>idade cronológica</b> . VHB a partir dos 2kg ou 1 mês Idade cronológica Atenção à vacina da <b>hepatite B</b> (se <32 sem).	Segue o calendário vacinal habitual.
6. Vigilância clínica	Monitorização de complicações: retinopatia, displasia broncopulmonar, anemia, osteopenia, défices nutricionais, audição. Maior risco de infeções.	Vigilância geral de rotina (crescimento, desenvolvimento, vacinação, rastreios).
7. Parentalidade e vinculação	Semelhantes mas com maior risco de vinculação comprometida	Semelhantes
8. Frequência na vigilância	Mais <b>frequente e prolongada</b> : consultas de neonatologia, seguimento do desenvolvimento e enfermagem de saúde infantil.	Conforme <b>PNSIJ</b> – 1,2,4,6,9,12,18,24

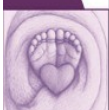
## Sinais de alerta para encaminhamento

### ENSINO AOS PAIS

- SDR – tiragem, gemido, adejo nasal, taquipneia
- Apneias
- **Nutrição**
  - Recusa alimentar persistente
  - Ganho de peso < 10 g/dia
- **Neurológicos**
  - Tónus aumentando ou diminuído
  - Suspeita de convulsão
  - Irritabilidade persistente
- **Outros**
  - Febre ou hipotermia
  - Diarreia intensa
  - Diminuição de diurese

## Vacinação infantil em ambiente hospitalar

Condição Clínica	Vacinas afetadas / Motivo	Justificação da vacinação hospitalar
Em RN <32SG P>2000kg ou IM de idade cronológica	Hepatite B (1.ª dose)	Risco de apneia pós-vacinação
Reação anafilática prévia	Qualquer vacina	Necessidade de vigilância e reanimação
Imunodeficiência (primária/secundária)	Vivas atenuadas (MMR, Varicela, BCG)	Risco de doença vacinal disseminada
Doença neurológica ativa	DTPa, MMR	Vigilância de reações neurológicas
Doença cardíaca ou respiratória grave	Todas	Supervisão médica e monitorização
Terapêutica imunossupressora/biológica	Variadas	Avaliação e segurança hospitalar
Alergia grave ao ovo	Gripe, Febre amarela	Risco de anafilaxia
História familiar de imunodeficiência	Vivas atenuadas	Precaução até confirmação imunológica



## Vacinação (PNV, 2Meses)

 Dia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

 Local: \_\_\_\_\_

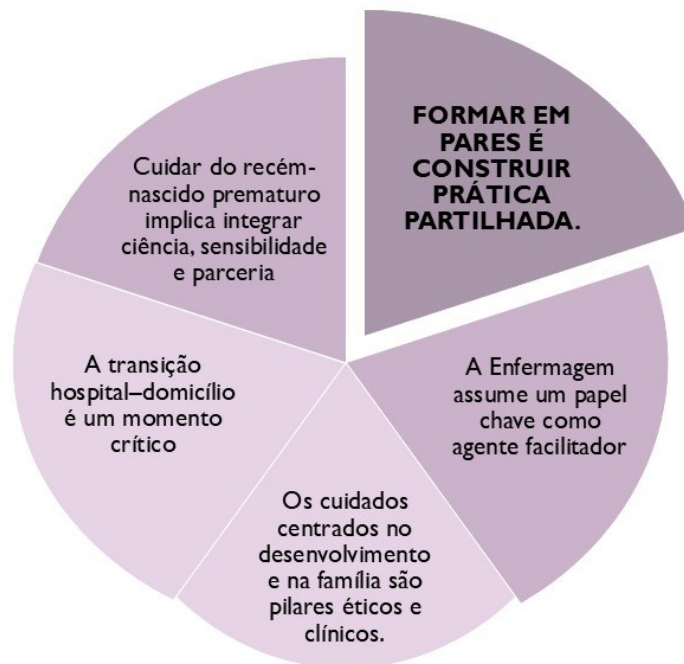
 Motivo: \_\_\_\_\_

 Trazer Boletim Individual de Saúde e Boletim de Vacinas

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_

## REFLEXÃO FINAL



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- World Health Organization (2023). Preterm birth fact sheet.
- EFCNI (2023). Standards of Care for Newborn Health in Europe.
- Aita, M., & Snider, L. (2003). The art of developmental care in the NICU: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 223–232. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02526.x>
- Als, H., & McAnulty, G. B. (2011). *The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive care for preterm infants*. **Current Women's Health Reviews**, 7(3), 288–301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD002771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>
- Montirosso, R., & Provenzi, L. (2015). Implications of epigenetics and stress regulation on research and developmental care of preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(2), 174–182. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12551>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Kangaroo Mother Care: Implementation Guide*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076936>

# OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!



Maria Inês Caçóilo  
Aluna de Mestrado — Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica, UCP Porto  
Centro de Saúde Aveiro — ULSRA

## **APÊNDICE II – Avaliação formativa dos participantes**

**Título da formação:** *Desmistificar os cuidados neonatais e a prematuridade*

**Formadora:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

### **1. A colostroterapia tem como principal finalidade:**

- a) Aumentar a tolerância digestiva do recém-nascido
- b) Proporcionar estimulação imunológica precoce
- c) Substituir a amamentação
- d) Prevenir refluxo gastroesofágico

### **2. O método canguru promove sobretudo:**

- a) Maior estabilidade térmica e fisiológica, reforçando o vínculo
- b) Maior necessidade de suporte respiratório
- c) Redução da estimulação sensorial
- d) Ganho ponderal lento

### **3. Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento incluem como princípio essencial:**

- a) Separação dos pais para durante procedimentos técnicos
- b) Intervenções agrupadas e individualizadas
- c) Estímulos sonoros frequentes
- d) Iluminação intensa para maior vigilância

### **4. O Modelo de Parceria de Cuidados defende que:**

- a) Os pais devem limitar-se à observação para evitar interferência clínica
- b) O foco deve ser exclusivamente técnico e centrado na equipa
- c) A participação dos pais pode aumentar o risco clínico
- d) A família é parceira ativa na prestação de cuidados

### **5. A comunicação entre equipa hospitalar e CSP na transição para o domicílio é fundamental porque:**

- a) Evita duplicação de visitas
- b) Facilita uma transição segura e cuidados contínuos
- c) Reduz o tempo de consulta nos CSP
- d) Substitui a avaliação clínica da UCIN

**6. A idade corrigida é usada para:**

- a) Calcular o peso ao nascer
- b) Avaliar crescimento e desenvolvimento até aos 10 anos
- c) Ajustar a interpretação do crescimento e marcos de desenvolvimento
- d) Definir o a idade gestacional no momento do parto

**7. A vigilância do prematuro em CSP deve incluir atenção especial a:**

- a) Sono prolongado
- b) Horário rígido de alimentação
- c) Ganho ponderal <10 g/dia, apneias ou tiragem
- d) Choro ocasional

**8. A abordagem da prematuridade nos cursos de parentalidade é importante porque:**

- a) Reduz o número de visitas domiciliárias
- b) Substitui o ensino realizado na UCIN
- c) Diminui a procura dos CSP
- d) Ajuda a melhorar receptividade dos pais ao internamento e promove vínculo

**9. Um dos objetivos da formação de pares nesta temática é:**

- a) Uniformizar práticas de vigilância e transição para o domicílio
- b) Ensinar novas normas administrativas
- c) Reforçar procedimentos exclusivamente técnicos
- d) Preparar para auditorias externas

**10. A evidência científica demonstra que os CCD e cuidados canguru:**

- a) Estão associados a maior instabilidade fisiológica
- b) Aumentam o tempo de internamento
- c) Melhoram ganho de peso, vínculo e neurodesenvolvimento
- d) São apenas recomendados para bebés de termo

### Apêndice III – Avaliação da sessão

**Título da formação:** *Desmistificar os cuidados neonatais e a prematuridade*

**Formadora:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Avaliação da Sessão (1 = Discordo totalmente | 5 = Concordo totalmente)**

<b>Aspeto avaliado</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Os objetivos da sessão foram claros e adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A formadora demonstrou o do conteúdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A metodologia utilizada facilitou a aprendizagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Considero que adquirimos práticas mais uniformes na vigilância do prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A duração da sessão foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações/sugestões:

---

---

---

---

## **APÊNDICE III**

**Revisão Integrativa da Literatura – “Capacitação parental em UCIN: contributos da observação de sinais e dos cuidados neurocomportamentais na era digital: uma revisão integrativa”**





**CATOLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

### **Revisão Integrativa da Literatura**

*“Capacitação parental em UCIN - contributos da observação de sinais e dos cuidados neurocomportamentais na era digital: uma revisão integrativa”*

**Estudante: Maria Inês Pinto Caçoilo (nº361610041)**

**Sob orientação de: Professora Doutora Isabel Quelhas**

**Porto, fevereiro de 2026**

## RESUMO

**Introdução:** O internamento do recém-nascido pré-termo (RNPT) em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) expõe o bebê a um ambiente sensorial exigente e os pais a uma experiência potencialmente crítica, com repercussões na vinculação, na participação nos cuidados e no desenvolvimento da capacitação parental. A observação e os cuidados neurocomportamentais, enquadrados por referenciais do neurodesenvolvimento e operacionalizados por modelos e instrumentos podem apoiar a leitura dos sinais do bebê e a integração progressiva dos pais como parceiros. Na era digital, a literacia em saúde e a mediação de recursos *eHealth* podem complementar este processo.

**Objetivo:** Explorar os contributos da observação e dos cuidados neurocomportamentais para o desenvolvimento da capacitação parental de pais de RNPT em UCIN, integrando a literacia em saúde e a dimensão digital, quando presentes.

**Material e métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, orientada pelo modelo PCC (pais de RNPT; observação/cuidados neurocomportamentais; UCIN) e reportada de acordo com as recomendações PRISMA 2020 (adaptadas ao contexto de revisão integrativa). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados Scopus, MEDLINE/PubMed, CINAHL e Cochrane Library, incluindo publicações entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025, em português ou inglês. A seleção foi realizada em duas fases (título/resumo e texto integral). A qualidade metodológica dos estudos primários foi avaliada com as *checklists* do Joanna Briggs Institute (JBI). A síntese dos dados foi narrativa e temática.

**Resultados:** Foram incluídos 12 estudos. A análise temática revelou três eixos fundamentais: (1) o papel dos modelos de cuidados centrados no desenvolvimento e na família; (2) a observação neurocomportamental estruturada como ferramenta relacional e de envolvimento parental; e (3) a importância da literacia em saúde e do apoio digital (*eHealth*). Globalmente, a evidência indica que estas abordagens reforçam a participação, a confiança e a capacitação parental, facilitando a interpretação dos sinais do RNPT e a interação pais-bebê. As estratégias de *eHealth* surgem como um complemento útil, favorecendo a continuidade, embora dependam da acessibilidade, da adequação dos conteúdos e da mediação profissional.

**Considerações finais:** A observação partilhada do comportamento neonatal e os cuidados neurocomportamentais constituem mecanismos relevantes para o desenvolvimento da capacitação parental em UCIN. A literacia em saúde e a mediação digital podem potenciar estes contributos quando integradas de forma crítica e complementar à relação terapêutica, com implicações para a formação em enfermagem neonatal e para a implementação de estratégias educativas validadas.

**Palavras-chave:** Recém-nascido pré-termo; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Capacitação parental; Cuidados neurocomportamentais; Observação do comportamento neonatal; Literacia em saúde; *eHealth*.

## ABSTRACT

**Background:** The hospitalization of the preterm infant (PTI) in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) exposes the infant to a demanding sensory environment and the parents to a potentially critical experience, with repercussions on bonding, participation in care, and the development of parental empowerment. Neurobehavioral observation and care, framed by neurodevelopmental references and operationalized by models and instruments (e.g., NIDCAP and NBO), can support the reading of the infant's cues and the progressive integration of parents as partners. In the digital age, health literacy and the mediation of eHealth resources can complement this process.

**Objective:** To explore the contributions of neurobehavioral observation and care to the development of parental empowerment in parents of PTIs in the NICU, integrating health literacy and the digital dimension, when present.

**Methods:** An integrative literature review was conducted, guided by the PCC (parents of PTIs; neurobehavioral observation/care; NICU) framework and reported according to the PRISMA 2020 guidelines (adapted to the integrative review context). The search was performed in the Scopus, MEDLINE/PubMed, CINAHL, and Cochrane Library databases, including publications between January 2015 and December 2025, in Portuguese or English. Selection was carried out in two phases (title/abstract and full text). The methodological quality of the primary studies was assessed using the Joanna Briggs Institute (JBI) checklists. Data synthesis was narrative and thematic.

**Results:** Twelve studies were included. The thematic analysis revealed three core themes: (1) the role of developmental and family-centered care models; (2) structured neurobehavioral observation as a relational and parental involvement tool; and (3) the importance of health literacy and digital support (eHealth). Overall, the evidence indicates that these approaches strengthen parental participation, confidence, and empowerment, facilitating the interpretation of the PTI's cues and parent-infant interaction. eHealth strategies emerge as a useful complement, favoring continuity, although they depend on accessibility, appropriateness of content, and professional mediation.

**Conclusion:** The shared observation of neonatal behavior and neurobehavioral care constitute relevant mechanisms for the development of parental empowerment in the NICU. Health literacy and digital mediation can enhance these contributions when integrated critically and complementarily to the therapeutic relationship, with implications for neonatal nursing education and the implementation of validated educational strategies.

**Keywords:** Preterm infant; Neonatal Intensive Care Unit; Parental empowerment; Neurobehavioral care; Neonatal behavioral observation; Health literacy; eHealth.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

APIB - Assessment of Preterm Infants' Behavior

FCC – Family Centred Care

JBI - Joanna Briggs Institute

NBAS - Neonatal Behavioral Assessment Scale

NBO - Newborn Behavioral Observations

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito, Contexto

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	156
2. MATERIAL E MÉTODOS	159
2.1. Tipo de Estudo	159
2.2. Questão de Investigação	159
2.3. Critérios de Inclusão	160
2.4. Critérios de Exclusão	160
2.5. Estratégia de pesquisa e fontes de informação	161
2.6. Seleção e triagem dos estudos	161
2.7. Avaliação da Qualidade Metodológica	162
2.8. Extração e análise de dados	163
3. RESULTADOS	164
3.1. Eixo 1	166
3.2. Eixo 2	166
3.3. Eixo 3	167
3.4. Síntese global dos resultados	168
4. DISCUSSÃO	169
5. CONCLUSÃO	174
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
APÊNDICES	178
Apêndice I – Estudos incluídos na RIL	179
Apêndice II – Avaliação crítica JBI – Ensaio Clínico Aleatorizado	184
Apêndice III – Avaliação crítica JBI – Estudo Quasi-Experimental	185
Apêndice IV – Avaliação crítica JBI – Estudo de Coorte	186
Apêndice V – Avaliação crítica JBI – Estudo de Coorte	187
Apêndice VI – Avaliação crítica JBI – Estudo Transversal Analítico	188
Apêndice VII – Avaliação crítica JBI – Estudo Qualitativo	189
Apêndice VIII – Poster apresentado ao IX Fórum das Especialidades de Enfermagem – “Literacia em Saúde na Era Digital: desafios para a enfermagem especializada”	189

## 1. INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro representa um desafio adaptativo complexo, não apenas para a sobrevivência e estabilidade biológica do recém-nascido (RN), mas também para o estabelecimento do sistema familiar. O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), embora marcado por elevada sofisticação tecnológica, expõe o recém-nascido pré-termo (RNPT) a um ambiente de intensidade sensorial atípica que pode interferir na sua organização neurocomportamental ((Lean et al., 2017)). Para os pais, este contexto é frequentemente experienciado como um período de crise, caracterizado pela interrupção do papel parental e por sentimentos de vulnerabilidade, ansiedade e impotência, exigindo intervenções de saúde centradas na proximidade e na capacitação para o cuidado. A hospitalização em UCIN pode ainda interferir no estabelecimento da vinculação e da ligação pais–RN e no desenvolvimento da capacitação parental, uma vez que a separação física, as restrições à interação espontânea e a complexidade dos cuidados técnicos dificultam a leitura dos sinais do RN e podem limitar a participação dos pais nos cuidados.

Nas últimas décadas, os cuidados em UCIN têm vindo a evoluir de um enfoque predominantemente biomédico para abordagens centradas no desenvolvimento e na família, reconhecendo o RNPT como um ser competente, dotado de capacidades comunicativas expressas através do comportamento, e os pais como parceiros fundamentais nos cuidados. Neste enquadramento, a parentalidade deixa de ser entendida como um papel adiado até à alta hospitalar, passando a constituir um processo que se constrói desde os primeiros dias de vida, apoiado por estratégias que promovam a compreensão do comportamento neonatal e facilitem a integração progressiva dos pais enquanto cuidadores ativos.

O referencial teórico central para a compreensão deste fenómeno é a Teoria Sinactiva do Desenvolvimento, formulada por Heidelise (Als, 1982b, 1986)). Esta teoria postula que o RN é um participante ativo no seu próprio desenvolvimento, organizando-se através do equilíbrio dinâmico de subsistemas em interação contínua entre si e com o ambiente. No RNPT, a imaturidade destes sistemas manifesta-se por sinais de stresse ou de estabilidade, tornando a observação sistemática e a interpretação destes sinais um pilar para uma assistência personalizada e protetora do neurodesenvolvimento. No âmbito da operacionalização deste modelo na prematuridade foi desenvolvida, em 1982, a *Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB)* que descreve e avalia subsistemas

funcionais (autonômico, motor, organização do estado, atenção/ interação e autorregulação), enfatizando a sua modulação em interação com o ambiente (Als, 1982a; Als et al., 1982)

Historicamente, a observação do comportamento neonatal foi sistematizada anteriormente, desde 1973, através da Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS), desenvolvida por (Brazelton & Nugent, 1995). A NBAS contribuiu para transitar de uma avaliação puramente clínica para uma análise das capacidades e competências individuais do RN, destacando o seu potencial de interação e a sua individualidade. Na sua utilização clínica, a NBAS é descrita como um meio de envolver os pais como participantes ativos na observação e aprendizagem sobre o comportamento do RN e como forma de promover uma relação colaborativa com a família. No contexto específico da prematuridade, a APIB aprofunda este olhar ao centrar-se no esforço de regulação dos subsistemas perante as exigências ambientais e ao orientar cuidados individualmente apropriados e de suporte ((Als et al., 2005)).

A evolução destas ferramentas de avaliação para modelos de intervenção relacional constitui um marco na prática de enfermagem neonatal. A literatura descreve intervenções precoces e breves baseadas na NBAS e na Newborn Behavioral Observations (NBO) como potencialmente promotoras de melhores resultados para o cuidador e para o RN, em particular ao nível da interação cuidador–RN; contudo, a evidência disponível globalmente é ainda escassa, o que reforça a necessidade de síntese e interpretação crítica dos resultados ((Barlow et al., 2018)). O sistema NBO (desenvolvido por Nugent e seus colegas em 2007) é apresentado, particularmente, como uma plataforma de observação partilhada entre o profissional e a família, desenhada para aumentar o envolvimento parental, promovendo literacia parental e confiança na leitura dos sinais comportamentais ((Barlow et al., 2018)) (P. A. C. Martins et al., 2018). Neste processo, o enfermeiro assume um papel central como mediador e “tradutor” da linguagem comportamental do RNPT, ao apoiar os pais na identificação e interpretação dos sinais de stresse/estabilidade e na sua aplicação prática na co-regulação e nos cuidados quotidianos.

Contudo, a dinâmica de uma UCIN moderna exige estratégias de entrega e consolidação de informação que acompanhem a evolução tecnológica e respeitem a variabilidade de necessidades parentais ao longo do internamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enquadra “digital health” como um termo-guarda-chuva que integra eHealth, mHealth e áreas emergentes, sublinhando a necessidade de orientação normativa e de

intervenções digitais baseadas em evidência (World Health Organization, 2019) Para além do potencial de ampliar acesso e continuidade do apoio educativo, a OMS adverte que as intervenções digitais não substituem sistemas de saúde funcionais, devendo complementar e reforçar as suas funções e não comprometer a prestação de cuidados não digitais de qualidade. Assim, a integração de recursos eHealth e mHealth apresenta-se como oportunidade para prolongar o suporte educativo para além do contacto presencial, mas a sua eficácia depende da mediação profissional, da adequação dos conteúdos e da capacidade dos pais para aceder, compreender e aplicar informação em saúde de forma segura e significativa.

Neste enquadramento, torna-se imperativo analisar como a convergência entre os cuidados neurocomportamentais e as estratégias de literacia em saúde (incluindo a dimensão digital) pode otimizar a capacitação parental. Apesar da evidência crescente sobre os benefícios dos cuidados neurocomportamentais para o desenvolvimento do RNPT, a literatura apresenta-se fragmentada no que respeita à análise integrada dos seus contributos para a capacitação parental, particularmente quando considerados em articulação com a literacia em saúde e a mediação digital. Assim, a presente revisão integrativa da literatura propõe-se explorar os contributos da observação e dos cuidados neurocomportamentais para o desenvolvimento da capacitação parental de pais de RNPT em UCIN, integrando a literacia em saúde na era digital como elemento facilitador do empoderamento familiar ((Hanson et al., 2020)).

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1. Tipo de estudo

Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), abordagem que permite incluir e sintetizar evidência proveniente de estudos com diferentes desenhos metodológicos, possibilitando uma compreensão abrangente de fenômenos complexos em contexto de cuidados de saúde. Esta opção revelou-se adequada face à natureza multidimensional do objeto de estudo — os contributos da observação e dos cuidados neurocomportamentais para a capacitação parental — integrando dimensões clínicas, relacionais, educativas e contextuais. A RIL permite ainda a análise crítica e a integração de evidência empírica e conceptual, sustentando a prática de enfermagem baseada na evidência em áreas caracterizadas por heterogeneidade metodológica.

### 2.2. Questão de investigação

A questão de investigação foi formulada de acordo com o modelo PCC (População, Conceito, Contexto), orientando o processo de pesquisa, seleção e análise dos estudos:

- **População (P):** Pais de recém-nascidos pré-termo
- **Conceito (C):** Observação e cuidados neurocomportamentais (ex.: NBAS, NBO, APIB, NIDCAP e práticas de leitura de sinais)
- **Contexto (C):** Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

Formulou-se a seguinte questão:

*Quais os contributos da observação e dos cuidados neurocomportamentais para o desenvolvimento da capacitação parental de pais de recém-nascidos pré-termo em UCIN?*

A literacia em saúde e a dimensão digital foram consideradas variáveis analíticas a extrair e discutir quando presentes nos estudos incluídos, não constituindo critérios obrigatórios de inclusão.

### **2.3. Critérios de inclusão**

- Estudos primários (quantitativos, qualitativos ou métodos mistos) e estudos secundários (p.ex., scoping reviews, revisões integrativas) e protocolos, desde que publicados em fontes com revisão por pares e relevantes para o modelo PCC;
- Publicações entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025;
- Estudos em português ou inglês;
- Investigação realizada em contexto de UCIN;
- Estudos que abordem intervenções/estratégias de observação e/ou cuidados neurocomportamentais com envolvimento parental;
- Estudos que explorem outcomes relacionados com capacitação parental, interação pais–RN, empowerment parental, participação nos cuidados, envolvimento/partceria parental, ou contributos conceptuais/operacionais diretamente relevantes para estes outcomes

### **2.4. Critérios de exclusão**

- Estudos focados exclusivamente em outcomes biomédicos neonatais sem componente parental;
- Investigação realizada fora do contexto de UCIN;
- Literatura cinzenta sem revisão por pares (incluindo preprints), editoriais, cartas ao editor e artigos de opinião;
- Estudos fora do intervalo temporal definido;
- Publicações sem texto integral
- Publicações sem acesso livre
- Os estudos primários constituíram a base principal para a interpretação dos contributos e outcomes relacionados com capacitação parental. Estudos secundários e protocolos foram utilizados para enquadramento conceptual, identificação de lacunas e discussão de implementação (incluindo literacia/eHealth).

## **2.5. Estratégia de pesquisa e fontes de informação**

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scopus, MEDLINE (via PubMed), CINAHL e Cochrane Library, selecionadas pela relevância nas áreas da enfermagem, neonatologia e ciências da saúde. Foram combinados descritores controlados (MeSH/DeCS) e termos livres, articulados com operadores booleanos AND e OR, com adaptação às especificidades de indexação de cada base. A pesquisa decorreu entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026, com aplicação dos filtros de idioma (português/inglês) e intervalo temporal (2015–2025).

Exemplo (MEDLINE via PubMed):

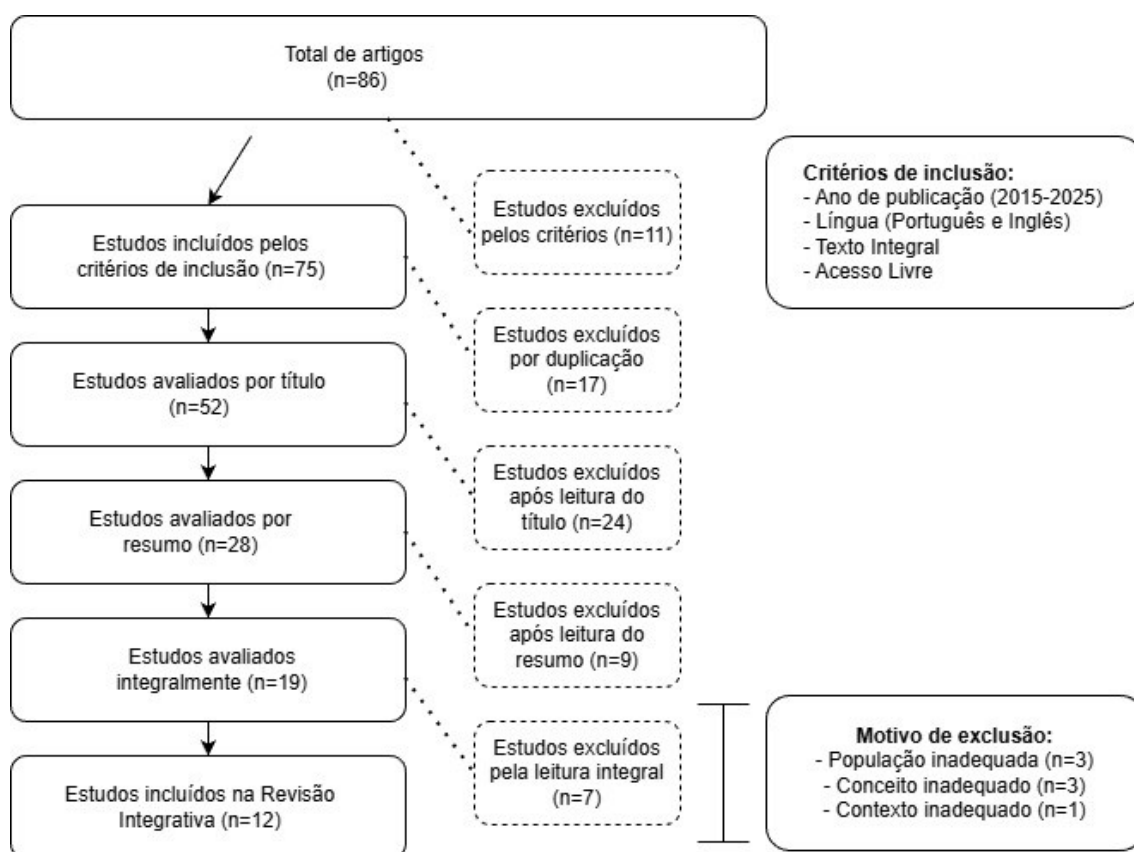
("Infant, Premature"[MeSH] OR preterm OR premature infant\*) AND ("Parents"[MeSH] OR parent\* OR caregiv\*) AND ("Intensive Care Units, Neonatal"[MeSH] OR NICU OR neonatal intensive care) AND (NIDCAP OR "Newborn Behavioral Observations" OR NBO OR "Neonatal Behavioral Assessment Scale" OR NBAS OR APiB OR neurobehavior\* OR "behavioral observation") AND ("Parental empowerment" OR "Parental competence" OR parenting OR "Health Literacy"[MeSH] OR eHealth OR mHealth)

A pesquisa foi complementada por análise manual das listas de referências dos artigos incluídos.

## **2.6. Seleção e triagem dos estudos**

O processo de identificação e seleção foi reportado de acordo com as recomendações PRISMA 2020 ((Page et al., 2021)), com adaptação ao contexto de uma RIL. Os registros identificados foram exportados para o gestor bibliográfico Mendeley, onde foi efetuada a remoção de duplicados. A triagem decorreu em duas etapas: (i) título/resumo e (ii) texto integral, aplicando PCC e os critérios de elegibilidade definidos.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA



De acordo com o fluxograma PRISMA:

- Foram identificados **86** artigos nas bases de dados indicadas.
- Após remoção dos que não apresentavam texto integral ou acesso livre (**11**) foram obtidos **75** registos.
- Após remoção de duplicados (**17**), permaneceram **52** registos para triagem por título. Foram excluídos **24** por título, mantendo-se **28** para triagem por resumo.
- Na triagem por resumo foram excluídos **9**, resultando em **19** artigos para leitura em texto integral.
- Destes, foram excluídos **7**, pelo que foram incluídos **12** estudos na síntese final.

### Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica foi avaliada apenas para os estudos primários, utilizando as ferramentas de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI) ((Aromataris et al., 2024)) adequadas ao desenho metodológico de cada estudo. Nenhum estudo foi excluído

exclusivamente com base na qualidade; a robustez metodológica foi considerada na interpretação crítica e na discussão dos resultados.

Foram aplicadas as seguintes checklists JBI, de acordo com o tipo de estudo:

- JBI Checklist for Randomized Controlled Trials: aplicada ao ensaio clínico randomizado por clusters ((O'Brien et al., 2018)).
- JBI Checklist for Quasi-Experimental Studies: aplicada ao estudo pré-pós intervenção (Toivonen et al., 2020).
- JBI Checklist for Cohort Studies: aplicada aos estudos longitudinais/observacionais com seguimento no tempo (Furtak et al., 2021) ((Lubbe & Donald, 2025b)).
- JBI Checklist for Analytical Cross Sectional Studies: aplicada ao estudo observacional de implementação/avaliação de ferramenta no contexto UCIN ((Insalaco et al., 2025)).
- JBI Checklist for Qualitative Research: aplicada ao estudo qualitativo/metodológico baseado em focus groups (((Lubbe & Donald, 2025a))).

Os estudos secundários (Goes, 2019; P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015; Queiroz et al., 2024) e os protocolos (Dol et al., 2017; Zhang & Johnston, 2023) foram utilizados para contextualização conceitual e discussão de implementação/lacunas, não tendo sido avaliados com as checklists JBI como evidência empírica, nem usados para inferir eficácia.

### **Extração e análise dos dados**

Os dados foram extraídos através de uma grelha estruturada (autores, ano, país, objetivos, desenho metodológico, características da amostra, intervenção/estratégia, outcomes e principais resultados e implicações para a prática). A síntese foi realizada por análise narrativa e temática, identificando padrões, convergências e divergências entre os estudos. Os resultados foram organizados em eixos temáticos que refletem dimensões centrais dos cuidados neurocomportamentais e do desenvolvimento da capacitação parental em UCIN integrando, quando presente, a dimensão da literacia em saúde e dos recursos digitais.

### 3. RESULTADOS

Nesta secção apresenta-se a síntese dos dados extraídos dos 12 artigos incluídos na revisão integrativa (ver Tabela 1). Os estudos analisados apresentam uma distribuição geográfica diversificada (Europa, América do Norte, América do Sul, África e Ásia) e abrangem publicações entre 2015 e 2025, observando-se maior concentração de publicações a partir de 2018 (Dol et al., 2017; Furtak et al., 2021; Goes, 2019; Insalaco et al., 2025; Lubbe & Donald, 2025b, 2025a; P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015; Queiroz et al., 2024; Toivonen et al., 2020; Zhang & Johnston, 2023)

A evidência é metodologicamente heterogénea, integrando estudos primários (ensaio clínico randomizado por clusters, estudo pré-pós com métodos mistos, estudos observacionais, longitudinal descritivo e qualitativo/metodológico) e estudos secundários, incluindo revisões e análises conceptuais (Furtak et al., 2021; Goes, 2019; Insalaco et al., 2025; Lubbe & Donald, 2025b, 2025a; P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015; O'Brien et al., 2018; Queiroz et al., 2024; Toivonen et al., 2020) Adicionalmente, foram incluídos dois protocolos (Dol et al., 2017; Zhang & Johnston, 2023), utilizados para enquadramento de implementação, barreiras/facilitadores e definição de outcomes, não constituindo evidência empírica de eficácia.

A análise temática permitiu identificar três eixos principais, coerentes com a Tabela 1.

Tabela 1

<b>Eixo temático</b>	<b>Foco</b>	<b>Principais contributos para a capacitação parental</b>
<b>Eixo 1</b> — Cuidados neurocomportamentais na UCIN como modelo de prática (NIDCAP/FCC e integração parental)	Capacitação da equipa; partilha de observação e decisão; integração parental como parceiro/cuidador	Reforço da parceria pais–equipa; aumento de confiança/autoeficácia; participação parental progressiva e segura nos cuidados (O'Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020)

Eixo temático	Foco	Principais contributos para a capacitação parental
Eixo 2 — Observação neurocomportamental como ferramenta relacional + avaliação da parceria/capacitação	Observação partilhada (NBO) e operacionalização/monitorização do envolvimento	Aumento de literacia parental e confiança na leitura de sinais; linguagem comum pais–profissionais; possibilidade de monitorizar envolvimento/autonomia como dimensão mensurável (Insalaco et al., 2025; P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015)
Eixo 3 — Capacitação parental: necessidades, literacia e estratégias educativas (inclui eHealth)	Educação parental faseada; literacia em saúde; eHealth como suporte complementar	Estratégias educativas ajustadas ao internamento; literacia como condição para compreensão/decisão; eHealth com potencial educativo/continuidade, dependente de acessibilidade, adequação e mediação profissional (Dol et al., 2017; Furtak et al., 2021; Goes, 2019; Lubbe & Donald, 2025b, 2025a; Queiroz et al., 2024; Zhang & Johnston, 2023)

De forma transversal, os contributos identificados organizam-se em três dimensões interrelacionadas da capacitação parental: **cognitiva** (aquisição de conhecimento e

compreensão do comportamento do RN), **relacional** (parceria com a equipa e interação pais–RN) e **emocional** (confiança/autoeficácia e adaptação ao papel parental), tal como sugerido pela convergência entre estudos de educação/necessidades e estudos de observação partilhada (Furtak et al., 2021; P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015).

### **3.1. Eixo 1 — Cuidados neurocomportamentais na UCIN como modelo de prática (NIDCAP/FCC e integração parental)**

A evidência do Eixo 1 sugere que intervenções orientadas para cuidados centrados na família e integração parental contribuem para melhorar a qualidade dos cuidados centrados na família e para criar condições organizacionais que favorecem a participação parental (Toivonen et al., 2020). No estudo pré–pós de métodos mistos em oito UCIN, a intervenção **Close Collaboration with Parents** aumentou significativamente a qualidade dos cuidados centrados na família e promoveu aprendizagem dos profissionais no sentido de apoiar e confiar na capacidade dos pais para cuidar do RN (Toivonen et al., 2020).

De forma convergente, o ensaio clínico randomizado por clusters do **Family Integrated Care (FICare)** demonstrou benefícios em outcomes relevantes (p.ex., ganho ponderal, redução do stress parental e aumento do aleitamento materno), sem impacto adverso na segurança, sustentando a integração parental estruturada como eficaz e segura (O’Brien et al., 2018)

Em conjunto, estes resultados suportam que a capacitação parental em UCIN é favorecida quando existe uma prática institucional que legitima os pais como parceiros, promovendo a partilha de observação e decisão e a participação progressiva nos cuidados (O’Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020)

### **3.2. Eixo 2 — Observação neurocomportamental como ferramenta relacional + avaliação da parceria/capacitação**

A observação neurocomportamental estruturada é descrita como uma estratégia relacional que permite transformar o comportamento neonatal em informação compreensível e partilhável, promovendo literacia parental e confiança na leitura de sinais. O sistema **NBO** é apresentado como uma intervenção baseada na relação, que fornece informação

individualizada aos pais sobre comunicação e regulação do RN, indo além de uma avaliação clínica (Nugent, 2015).

A scoping review sobre NBO reforça efeitos reportados na literatura no sentido de promover vinculação segura, contribuir para prevenção em saúde mental parental e facilitar a transição para a parentalidade, apoiando a ideia de que a observação partilhada pode reduzir stress e empoderar pais (P. A. C. Martins et al., 2018).

Adicionalmente, a operacionalização do envolvimento parental como dimensão mensurável surge com a ferramenta **Together TO-CARE**, que permitiu monitorizar progressão de autonomia parental em cuidados ao longo do internamento e oferecer indicadores úteis para avaliar estratégias de capacitação (Insalaco et al., 2025).

Assim, este eixo sugere que a observação neurocomportamental — como prática partilhada e como objeto de monitorização — contribui para a capacitação parental ao consolidar uma linguagem comum pais–profissionais, apoiar a interpretação de sinais e permitir acompanhar trajetórias de envolvimento/autonomia (Insalaco et al., 2025; Nugent, 2015).

### **3.3. Eixo 3 — Capacitação parental: necessidades, literacia e estratégias educativas (inclui eHealth)**

A evidência empírica sugere que a capacitação parental em UCIN exige estratégias educativas dinâmicas e ajustadas ao tempo do internamento. O estudo longitudinal descritivo identificou que as necessidades de aprendizagem variam conforme a fase do internamento e características parentais (p.ex., escolaridade), sustentando intervenções faseadas e adaptadas (Furtak et al., 2021).

A literacia em saúde surge como determinante conceptual relevante: uma análise conceptual/narrativa indica que baixa literacia condiciona a capacidade de proteger a criança e exige metodologias validadas e abordagens socioecológicas, não se reduzindo à entrega de materiais informativos (Goes, 2019).

No domínio educativo estruturado, o programa **NeuroSense PremmieEd** apresenta evidência de desenvolvimento e testagem: o estudo qualitativo/metodológico confirmou validade de conteúdo, viabilidade e aceitabilidade (Lubbe & Donald, 2025a), e o estudo piloto subsequente fornece evidência preliminar de que educação neurocomportamental

estruturada pode apoiar conhecimento e resposta sensível aos sinais do RN em UCIN (Lubbe & Donald, 2025b).

Relativamente ao digital, a revisão integrativa destaca tecnologias eHealth como ferramentas complementares com potencial para promover autonomia, reduzir ansiedade e apoiar transição segura para o domicílio (Queiroz et al., 2024). Em paralelo, os protocolos de revisão reforçam a necessidade de mapear outcomes e condições de implementação, salientando que a utilização de eHealth depende de fatores como usabilidade, acesso e literacia digital (Dol et al., 2017; Zhang & Johnston, 2023)

Em síntese, o eixo 3 sustenta que a capacitação parental é fortalecida quando as estratégias educativas são faseadas e adaptadas às necessidades (Furtak et al., 2021) quando a literacia em saúde é considerada como condição de compreensão e decisão (Goes, 2019) e quando o digital é usado como complemento estruturado e mediado — com atenção a barreiras/facilitadores (Dol et al., 2017; Lubbe & Donald, 2025b, 2025a; Queiroz et al., 2024; Zhang & Johnston, 2023).

### **3.4. Síntese global dos resultados**

Globalmente, os estudos sugerem que a observação e os cuidados neurocomportamentais contribuem para a capacitação parental em UCIN através de:

- Reorganização do cuidado centrado na família e integração parental (O'Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020).
- Observação partilhada e relacional que aumenta literacia e confiança na leitura de sinais e permite monitorizar envolvimento/autonomia (Insalaco et al., 2025; P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015).
- Estratégias educativas ajustadas ao internamento, informadas pela literacia em saúde e apoiadas (quando adequado) por recursos digitais/eHealth como complemento mediado (Goes, 2019; Lubbe & Donald, 2025b, 2025a; Queiroz et al., 2024) Em conjunto, os resultados sugerem que a capacitação parental se constrói como processo progressivo e relacional em UCIN, sustentado por observação partilhada do comportamento do RN e por parceria pais–profissionais, sendo a literacia em saúde (incluindo a dimensão digital)

um fator modulador da efetividade e equidade das estratégias de capacitação (Goes, 2019; Zhang & Johnston, 2023).

## 4. DISCUSSÃO

### Síntese interpretativa: da observação diagnóstica à parceria de cuidados

A presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) permite sustentar que a observação e os cuidados neurocomportamentais assumem um papel relevante no desenvolvimento da capacitação parental em UCIN, na medida em que estruturam um processo de aprendizagem parental centrado na leitura e interpretação do comportamento do recém-nascido (P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015) A evidência incluída sugere que a capacitação parental não decorre apenas da exposição ao ambiente clínico, mas de uma intencionalidade educativa e relacional, traduzida em observação partilhada, devolução estruturada de informação e oportunidades progressivas de participação nos cuidados (O'Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020).

Os resultados apontam para uma transição de abordagens predominantemente clínicas para modelos mais relacionais e participativos, nos quais os pais são reconhecidos como cuidadores ativos e parceiros do cuidado, com impacto em indicadores de envolvimento, confiança e participação (O'Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020). Importa, contudo, interpretar esta evolução considerando a heterogeneidade dos desenhos e dos outcomes utilizados, bem como a diversidade de contextos institucionais.

### Integração com os referenciais teóricos do neurodesenvolvimento

A literatura contemporânea tende a operacionalizar, de forma mais relacional e aplicável à prática, referenciais clássicos do neurodesenvolvimento e do comportamento neonatal. A Teoria Sinactiva e a abordagem centrada no desenvolvimento (historicamente associadas a Als e a modelos como o NIDCAP) permanecem como enquadramento conceptual para compreender o recém-nascido como sistema dinâmico, cujos sinais de estabilidade/stresse orientam intervenções individualizadas e protetoras. No corpus desta RIL, a lógica de cuidados centrados na família e no desenvolvimento surge associada à melhoria de práticas de parceria e à capacitação de equipas para apoiar os pais na observação e na tomada de decisão (Toivonen et al., 2020).

Em paralelo, a observação estruturada do comportamento neonatal, enquanto abordagem relacional, é descrita como mecanismo facilitador da aprendizagem parental e da co-regulação, oferecendo uma linguagem partilhada entre pais e profissionais e promovendo

compreensão das estratégias comunicativas e regulatórias do RN (P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015) Assim, a discussão dos resultados sustenta-se na ideia de que o comportamento neonatal, quando interpretado com mediação profissional, funciona como “conteúdo pedagógico” central da capacitação parental em UCIN.

### Convergências e divergências da evidência

Verifica-se convergência quanto ao potencial contributo das intervenções baseadas em observação e integração parental para outcomes como participação parental, confiança/autoeficácia, envolvimento e indicadores de interação e bem-estar parental, embora com variação na forma de medir estes resultados (Insalaco et al., 2025; O’Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020). Por exemplo, modelos organizados de integração parental mostram efeitos em outcomes parentais e infantis e sustentam a segurança da participação parental estruturada (O’Brien et al., 2018), enquanto intervenções de capacitação de equipas para partilhar observação e decisão reforçam cuidados centrados na família (Toivonen et al., 2020) Adicionalmente, abordagens de monitorização do envolvimento parental sugerem a possibilidade de tornar a parceria observável e acompanhável ao longo do internamento (Insalaco et al., 2025).

As divergências identificadas relacionam-se com:

- Grau de formalização das intervenções (programas estruturados vs educação integrada no cuidado);
- Intensidade e operacionalização do envolvimento parental;
- Variabilidade de contextos e culturas institucionais;
- Ausência de uniformização conceptual do constructo “capacitação parental” e diversidade de indicadores/outcomes.

Estes aspetos sugerem que a efetividade e transferibilidade das intervenções depende não apenas do modelo adotado, mas também de fatores contextuais como formação das equipas, cultura organizacional, recursos e condições de implementação (O’Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020).

### Literacia em saúde e necessidades parentais ao longo do internamento

A literacia em saúde parental emerge como determinante relevante para a participação informada e para a capacidade de aplicar conhecimentos em contexto de cuidados, influenciando a perceção de capacitação e o envolvimento parental (Goes, 2019). Em UCIN, esta dimensão não deve ser entendida como mera transmissão de informação, mas como processo adaptativo que implica avaliação de necessidades, adequação comunicacional e suporte contínuo (Goes, 2019).

Os resultados reforçam a natureza **longitudinal** das necessidades parentais: o conteúdo e a prioridade da aprendizagem variam ao longo do internamento, desde preocupações iniciais centradas na estabilidade e sobrevivência até competências práticas, tomada de decisão e preparação para a transição para casa (Furtak et al., 2021) Esta evidência sustenta a necessidade de intervenções educativas contínuas e faseadas, integradas no percurso clínico do RN e ajustadas à disponibilidade emocional/cognitiva dos pais (Furtak et al., 2021).

### Mediação digital como extensão do cuidado

A integração de recursos eHealth surge como resposta potencial à necessidade de continuidade e acessibilidade do suporte parental. A literatura incluída aponta para aceitabilidade e viabilidade de programas educativos estruturados com componentes que podem ser traduzidos para formatos escaláveis, incluindo apoio visual e conteúdos organizados (Lubbe & Donald, 2025a) e evidencia preliminar de benefícios em conhecimento parental num estudo piloto de implementação (Lubbe & Donald, 2025b) Por sua vez, uma revisão integrativa sugere que tecnologias eHealth podem funcionar como ferramentas complementares que apoiam autonomia e transição segura, reduzindo ansiedade e facilitando acesso a informação (Queiroz et al., 2024).

Contudo, os protocolos de síntese reforçam que o impacto do eHealth depende de fatores de implementação, nomeadamente usabilidade, acessibilidade, literacia digital, integração com cuidados presenciais e adequação dos conteúdos (Dol et al., 2017; Zhang & Johnston, 2023) Assim, a tecnologia deve ser conceptualizada como extensão do cuidado, e não substituto da relação terapêutica, exigindo mediação profissional para

garantir qualidade de informação, prevenir sobrecarga informativa e favorecer aplicação segura da aprendizagem (Goes, 2019; Zhang & Johnston, 2023).

### Implicações para a prática de enfermagem

Os resultados reforçam o papel do enfermeiro na capacitação parental em UCIN, particularmente na mediação entre sinais comportamentais do RN, necessidades parentais e oportunidades de participação progressiva nos cuidados. Intervenções como devolução estruturada de informação, orientação na leitura de sinais e criação de rotinas de envolvimento parental alinham-se com modelos de cuidados centrados na família e mostram potencial para reforçar parceria e confiança parental (O'Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020).

A integração sistemática de cuidados neurocomportamentais, aliada a estratégias de literacia em saúde e ao uso crítico de recursos digitais, pode contribuir para a humanização dos cuidados em contextos altamente tecnológicos e favorecer continuidade do suporte educativo, desde que assegurada mediação profissional e adequação à diversidade de perfis familiares (Queiroz et al., 2024; Zhang & Johnston, 2023).

### Limitações da evidência

A interpretação dos resultados deve considerar a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e a diversidade de indicadores/outcomes utilizados para medir capacitação parental, envolvimento e interação. Embora existam estudos robustos (p.ex., ensaio multicêntrico por clusters), parte da evidência empírica baseia-se em desenhos observacionais, pré-pós e estudos com foco em viabilidade/aceitabilidade, o que condiciona comparabilidade e magnitude de inferência causal (Insalaco et al., 2025; Lubbe & Donald, 2025b; O'Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020).

Adicionalmente, a variabilidade na definição e operacionalização de “capacitação parental” dificulta a síntese comparativa e sugere a necessidade de maior uniformização conceptual e de instrumentos comparáveis de avaliação (Goes, 2019; Insalaco et al., 2025).

### **Limitações da revisão**

Esta revisão apresenta limitações relacionadas com a restrição linguística (português e inglês) e com o intervalo temporal definido (2015–2025), que podem ter condicionado a identificação de literatura relevante. A inclusão de estudos secundários e protocolos, embora coerente com a natureza integrativa e com o objetivo de compreender dimensões de implementação, exige cautela interpretativa: protocolos não fornecem resultados e estudos secundários podem agregar evidência já disponível. Para mitigar este risco, a interpretação dos outcomes foi sustentada preferencialmente pelos estudos primários, utilizando as fontes secundárias/protocolos para enquadramento conceptual e discussão de barreiras/facilitadores (Dol et al., 2017; Goes, 2019; Zhang & Johnston, 2023).

Apesar destas limitações, a utilização de critérios de elegibilidade explícitos, fluxograma PRISMA e avaliação crítica dos estudos primários contribuiu para reforçar a transparência e credibilidade da síntese.

## 5. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa permitiu mapear e sintetizar a evidência disponível sobre os contributos da observação e dos cuidados neurocomportamentais para o desenvolvimento da capacitação parental de pais de recém-nascidos pré-termo em UCIN, no enquadramento da literacia em saúde na era digital.

Globalmente, a evidência sugere que a observação sistemática do comportamento neonatal — quer através de modelos estruturados de cuidados centrados na família, quer por via de instrumentos de observação partilhada — constitui um mecanismo central de capacitação parental desde as fases iniciais do internamento. Ao promover a participação progressiva, a literacia e uma linguagem comum para interpretar os sinais do recém-nascido, estas intervenções favorecem a confiança nos cuidados e o fortalecimento da interação pais–RN (P. A. C. Martins et al., 2018; Nugent, 2015; O’Brien et al., 2018; Toivonen et al., 2020).

A integração da literacia em saúde e da mediação digital surge como um fator potenciador destes contributos, ao facilitar o acesso a informação estruturada, reforçar a continuidade das aprendizagens e apoiar a transição para o domicílio (Furtak et al., 2021; Queiroz et al., 2024). Contudo, os resultados salientam a importância da mediação profissional na utilização de recursos *eHealth*, garantindo que a tecnologia complementa — e não substitui — a relação terapêutica (Goes, 2019; Zhang & Johnston, 2023).

No âmbito da enfermagem, esta revisão reforça o papel do Enfermeiro Especialista enquanto mediador e “tradutor” da linguagem comportamental do recém-nascido. A excelência e a humanização dos cuidados neonatais contemporâneos traduzem-se exatamente nesta articulação dinâmica entre conhecimento clínico, relação terapêutica e estratégias educativas adaptativas.

Para a investigação futura, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que clarifiquem e uniformizem a operacionalização do constructo “capacitação parental” em UCIN, através de instrumentos comparáveis (Goes, 2019; Insalaco et al., 2025) É igualmente pertinente aumentar a robustez da evidência através de desenhos controlados, bem como explorar a implementação de estratégias *eHealth* com especial atenção a barreiras de acessibilidade, literacia digital e mediação profissional, garantindo equidade e segurança na utilização de recursos ((Dol et al., 2017; O’Brien et al., 2018; Zhang & Johnston, 2023).

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229–243. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H)

Als, H. (1986). *A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment*. [https://doi.org/10.1300/J006V06N03\\_02](https://doi.org/10.1300/J006V06N03_02)

Als, H., Butler, S., Kosta, S., & McAnulty, G. (2005). The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): Furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(1), 94–102. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20053>

Als, H., Lester, B. M., Tronick, E. Z., & Berry Brazelton, T. (1982). *Manual for the Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB)* (Vol. 1). APPENDIX.

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Barlow, J., Herath, N. I. N. S., Bartram Torrance, C., Bennett, C., & Wei, Y. (2018). The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral Observations (NBO) system for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011754.pub2>

Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *NBAS-3rd-Edition*.

Dol, J., Delahunty-Pike, A., Siani, S. A., & Campbell-Yeo, M. (2017). eHealth interventions for parents in neonatal intensive care units: a systematic review protocol. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1835–1849. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003246>

Furtak, S. L., Gay, C. L., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Bolick, S. C., Lothe, B., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C. K., Sun, Y., & Franck, L. S. (2021). What parents want to know about caring for their preterm infant: A longitudinal descriptive study. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2732–2739. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.011>

Goes, A. Ri. (2019). *Literacia em saúde parental \_ dos fundamentos às intervenções*. <https://doi.org/10.25758/set.2237>

- Hanson, L., Malloy, E., & VandeVusse, L. (2020). Midwifing the Perinatal Microbiome. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(3), 191–194. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000492>
- Insalaco, A., Bertocelli, N., Bedetti, L., Cosimo, A. C., Boncompagni, A., Cipolli, F., Berardi, A., & Lugli, L. (2025). Together TO-CARE: A Novel Tool for Measuring Caregiver Involvement and Parental Relational Engagement. *Children*, 12(8). <https://doi.org/10.3390/children12081007>
- Lean, R. E., Smyser, C. D., & Rogers, C. E. (2017). Assessment: The Newborn. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 26, Number 3, pp. 427–440). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.002>
- Lubbe, W., & Donald, K. A. (2025a). Content Validity, Feasibility, and Acceptability of the Neurosense PremmieEd Programme, a South African Premature Parenting Education Intervention for the NICU Parent: A Hybrid Focus Group Discussion Method. *Children*, 12(11), 1502. <https://doi.org/10.3390/children12111502>
- Lubbe, W., & Donald, K. A. (2025b). Pilot Implementation of the NeuroSense PremmieEd Parenting Educational Programme for Parents with Infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A Sequential Cohort Design. *Children*, 12(12), 1636. <https://doi.org/10.3390/children12121636>
- Martins, P. A. C., Malheiro, M. I. D. da C., & Sousa, M. O. C. L. (2018). *A intervenção com NBO no RN lactente e sua família: a scoping review*.
- Nugent, J. K. (2015). *The Newborn Behavioral (NBO) System as Form of Intervention and Support for New Parents*.
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., Lee, S. K., O'Brien, K., Lee, S., Bracht, M., Caouette, G., ... Hales, D. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(4), 245–254. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30039-7)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Queiroz, M. A. dos S. de, Brasil, C. C. P., Cabral, C. B. M., Porto, A. C. L., Barbosa, P. M. E., Sousa, R. C. de, Alegria, R. F. da G., & Peixoto, V. (2024). Tecnologias eHealth nos cuidados parentais aos bebês nascidos prematuros: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.06212024>

Toivonen, M., Lehtonen, L., Löyttyniemi, E., Ahlqvist-Björkroth, S., & Axelin, A. (2020). Close Collaboration with Parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre–post study. *Pediatric Research*, 88(3), 421–428. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0934-2>

World Health Organization. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. <http://apps.who.int/bookorders>.

Zhang, Y., & Johnston, L. (2023). Barriers to, and facilitators of, eHealth utilisation by parents of high-risk newborn infants in the NICU: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 13(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068759>

## **APÊNDICES**

## Apêndice 1 – Estudos incluídos na RIL

Questão (PCC): Quais os contributos da observação e dos cuidados neurocomportamentais para o desenvolvimento da competência parental de pais de RNPT em UCIN?

<b>Eixo temático</b>	<b>Referência (Autor, Ano, País)</b>	<b>Tipo de fonte</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho metodológico, Amostra e Intervenção/ Ferramenta</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Contributo para a RIL</b>
<b>Eixo 1</b> Cuidados neurocomportamentais na UCIN como modelo de prática (NIDCAP/FCC e integração parental)	(Toivonen et al., 2020)  Finlândia	Primária  <i>(Métodos mistos; pré-pós intervenção)</i>	Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa ( <i>Close Collaboration with Parents</i> ) na qualidade dos cuidados centrados na família em UCIN.	Amostra: Pré-pós intervenção em 8 UCIN. Entrevistas a gestores, enfermeiros e pais.  Ferramenta: Formação da equipa clínica.	A intervenção aumentou significativamente a qualidade dos cuidados. Os profissionais aprenderam a apoiar e a confiar na capacidade dos pais.	Evidencia que capacitar a equipa para partilhar observação e decisão com pais fortalece a parceria e cria condições para desenvolvimento de capacitação parental.
<b>Eixo 1</b>	(O'Brien et al., 2018)  Multicêntrico (Canadá, Austrália, N. Zelândia)	Primária  <i>(Ensaio Clínico Aleatorizado por Agrupamentos)</i>	Analisar o efeito do modelo <i>Family Integrated Care</i> (FICare) nos resultados dos recém-nascidos e dos pais.	Amostra: 26 UCINs; 895 díades (FICare) e 891 (Controlo).  Intervenção: Participação ativa nos cuidados (mín. 6h/dia) e educação estruturada.	Melhoria clínica no peso do RN e redução significativa no stress e ansiedade parentais.	Demonstra que a integração física e contínua dos pais na rotina de cuidados atua como veículo primário para reduzir o stress e alavancar a capacitação.
<b>Eixo 1</b>	(P. A. C. Martins et al., 2018)  Portugal	Secundária  <i>(Scoping Review)</i>	Examinar e mapear o conhecimento existente sobre a utilização da intervenção <i>Newborn Behavioral Observations</i> (NBO) no recém-nascido, lactente e sua família.	Amostra: Não aplicável (análise de 12 estudos primários empíricos).  Ferramenta: Escala NBO.	A NBO é um instrumento flexível que promove maior interação, aumenta a satisfação, a autoconfiança e o conhecimento parental, reduzindo a ansiedade pós-parto.	Sintetiza a evidência empírica de como a observação partilhada atua de forma eficaz para fortalecer a parceria de cuidados, sendo um pilar para a capacitação na transição parental.

<b>Eixo temático</b>	<b>Referência (Autor, Ano, País)</b>	<b>Tipo de fonte</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho metodológico, Amostra e Intervenção/ Ferramenta</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Contributo para a RIL</b>
<b>Eixo 1</b>	(Nugent, 2015)  EUA	Secundária  <i>(Artigo Teórico / Revisão Narrativa)</i>	Discutir o conteúdo, usos teóricos e evidências do NBO como ferramenta relacional e forma de suporte para novos pais e famílias.	Amostra: Não aplicável (Artigo Teórico).  Ferramenta: Ferramenta interativa de construção de relações (18 itens NBO).	Ao "traduzir" os sinais do recém-nascido de forma individualizada, a observação partilhada catalisa o vínculo emergente e encoraja ativamente a confiança dos pais.	Fornece a base teórica estrutural para a RIL: a avaliação neurocomportamental não é apenas clínica, mas sim uma intervenção relacional de empoderamento e capacitação.
<b>Eixo 2</b> Programas educativos e adequação cultural	((Lubbe & Donald, 2025a)  África do Sul	Primária  <i>(Qualitativo - Grupos Focais Híbridos)</i>	Estabelecer a validade de conteúdo, viabilidade e aceitabilidade do programa educativo <i>NeuroSense PremmieEd.</i>	Amostra: Painel multidisciplinar (mães de RNPT e profissionais).  Ferramenta: Refinamento iterativo de currículo educativo.	A inclusão de suportes visuais claros e de linguagem simplificada foi essencial para a acessibilidade do conteúdo e redução da ansiedade.	Valida que a adequação cultural e a literacia são inegociáveis. Programas de observação têm de usar linguagem adequada que não culpabilize os pais.
<b>Eixo 2</b>	(Lubbe & Donald, 2025b)  África do Sul	Primária  <i>(Coorte Sequencial)</i>	Avaliar a implementação piloto do programa <i>NeuroSense PremmieEd.</i>	Amostra: 60 mães divididas sequencialmente por 3 braços de intervenção.  Intervenção: Manual escrito vs. Sessões facilitadas.	O modelo estruturado aumentou os conhecimentos práticos, mas o tempo disponível da equipa de saúde revelou-se a maior barreira à implementação.	Evidencia que a dependência exclusiva da disponibilidade presencial da equipa para capacitação exige alternativas flexíveis (como o digital).

<b>Eixo temático</b>	<b>Referência (Autor, Ano, País)</b>	<b>Tipo de fonte</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho metodológico, Amostra e Intervenção/ Ferramenta</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Contributo para a RIL</b>
<b>Eixo 3</b> Capacitação parental: necessidades, literacia e estratégias educativas (inclui eHealth)	(Queiroz et al., 2024)  Brasil	Secundária  <i>(Revisão Integrativa)</i>	Analisar as tecnologias <i>eHealth</i> utilizadas nos cuidados parentais aos RNs nascidos pré-termo.	Amostra: Não aplicável (RIL).  Ferramenta: Tecnologias <i>eHealth</i> gerais.	Tecnologias <i>eHealth</i> promovem autonomia, reduzem ansiedade e apoiam a transição segura para o domicílio.	Contextualiza o digital como suporte complementar à tomada de decisão informada, favorecendo a capacitação na transição alta-domicílio.
<b>Eixo 3</b>	(Zhang & Johnston, 2023)  China / Canadá	Secundária  <i>(Protocolo de Scoping Review)</i>	Identificar barreiras e facilitadores da utilização de <i>eHealth</i> por pais de recém-nascidos de alto risco na UCIN.	Amostra: Sem amostra (Protocolo).  Ferramenta: Desenho conceptual de mapeamento.	Define a abordagem para mapear facilitadores (ex: usabilidade) e barreiras (ex: literacia digital e acesso) da <i>eHealth</i> em UCIN.	Introduz a perspetiva crítica de implementação: a <i>eHealth</i> só promove a capacitação se o nível de literacia digital dos pais for acautelado.
<b>Eixo 3</b>	(Furtak et al., 2021)  EUA	Primária  <i>(Coorte Longitudinal Descritivo)</i>	Descrever a evolução das necessidades de conhecimento e competências adquiridas durante o internamento.	Amostra: 148 pais de recém-nascidos pré- termo.  Ferramenta: Aplicação móvel ( <i>We3Health™</i> ) e questionários semanais.	As necessidades de aprendizagem dos pais não são estáticas. A ferramenta digital provou ser fiável para rastrear a evolução ao longo do tempo.	Demonstra que intervenções de literacia (suportadas por mediação digital) devem ser evolutivas e contínuas, e não apenas condensadas na alta.

<b>Eixo temático</b>	<b>Referência (Autor, Ano, País)</b>	<b>Tipo de fonte</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho metodológico, Amostra e Intervenção/ Ferramenta</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Contributo para a RIL</b>
<b>Eixo 3</b>	(Insalaco et al., 2025)  Itália	Primária  <i>(Estudo Transversal Analítico)</i>	Avaliar a adesão e eficácia de uma ferramenta estruturada para medir envolvimento e autonomia dos pais.	Amostra: 59 RN muito baixo peso e famílias.  Ferramenta: <i>Together TO-CARE template</i> (TTCT) integrado no sistema informático.	A aquisição de autonomia (ex: mudar fralda) tem <i>timings</i> definidos. O registo digital contínuo revelou alta adesão clínica da equipa.	A "mediação digital" não serve apenas aos pais, mas dota os enfermeiros de dados vitais para partilhar a decisão e ajustar o ensino familiar.
<b>Eixo 3</b>	(Goes, 2019)  Portugal	Secundária  <i>(Artigo Teórico / Revisão)</i>	Descrever a relação entre literacia em saúde parental, comportamentos parentais e resultados em saúde da criança.	Amostra: Não aplicável (Revisão teórica).  Ferramenta: Aplicação de estratégias universais de literacia.	Baixos níveis de literacia associam-se a grandes dificuldades na adoção de recomendações. Intervenções eficazes exigem linguagem clara e "precauções universais".	Reforça que a capacitação efetiva só ocorre se as exigências do ambiente da UCIN estiverem niveladas com as competências de literacia das famílias.
<b>Eixo 3</b>	(Dol et al., 2017)  Canadá	Secundária  <i>(Protocolo de Revisão Sistemática)</i>	Examinar o efeito das intervenções de saúde eletrónica ( <i>eHealth</i> ) utilizadas na UCIN sobre os resultados relacionados com os pais e os lactentes.	Amostra: Não aplicável (Protocolo).  Ferramenta: Intervenções <i>eHealth</i> (vídeos, apps, web).	Evidencia a elevada procura online por parte dos pais, sublinhando que tecnologias educacionais podem mitigar a ansiedade e aumentar a satisfação.	Mapeia as variáveis-chave (stress, aceitação técnica) em que as soluções <i>eHealth</i> e a mediação digital impactam diretamente a capacitação parental.

## **Apêndice 2 - Avaliação Crítica JBI - Ensaio Clínico Aleatorizado**

**Estudo:** (O'Brien et al., 2018)

<b>Domínio de Viés e Pergunta JBI</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Justificação / Citações do Estudo</b>
<b>Validade Interna (Seleção e Alocação)</b>		
1. Foi utilizada a verdadeira aleatorização para a atribuição dos participantes?	Sim	Foi utilizada uma sequência de alocação aleatória gerada por computador para atribuir as 26 unidades.
2. A alocação aos grupos de tratamento foi ocultada?	Não	A preparação dos locais ocorreu antes da inscrição dos doentes e não houve ocultação.
3. Os grupos eram semelhantes na linha de base?	Não	O grupo FICare tinha uma maior proporção de RNs com idades gestacionais mais baixas (22-28 semanas). Houve um desequilíbrio aleatório em RNs com menos de 29 semanas e filhos únicos.
<b>Validade Interna (Administração da Intervenção)</b>		
4. Os participantes foram cegos em relação à atribuição?	Não	Devido à natureza da intervenção, que exige a participação ativa dos pais nos cuidados, não foi realizado qualquer mascaramento.
5. Quem prestou o tratamento foi cego em relação à atribuição?	Não	As equipas receberam formação específica sobre o programa e não houve mascaramento.
6. Os grupos foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse?	Não Claro	Os autores não conseguiram controlar as políticas nutricionais e referem que os locais de controlo podem ter adotado práticas focadas na família durante o estudo.
<b>Validade Interna (Avaliação e Medição do Resultado)</b>		
7. Os avaliadores de resultados foram cegos à atribuição? <i>(Geral/Peso/Stress)</i>	Não	Os dados de alimentação foram recolhidos pelos coordenadores do estudo nos locais e os pais preencheram os seus próprios questionários de stress.
8. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos? <i>(Geral/Peso/Stress)</i>	Sim	Os pais de ambos os grupos completaram questionários no momento da inscrição e 21 dias depois. O peso foi medido como variável primária em ambos.
9. Os resultados foram medidos de forma fiável? <i>(Geral/Peso/Stress)</i>	Sim	O stress e a ansiedade foram medidos utilizando questionários validados (PSS:NICU e STAI).
<b>Validade Interna (Retenção de Participantes)</b>		
10. O seguimento foi completo e as diferenças entre grupos foram analisadas?	Sim	As perdas de seguimento estão perfeitamente descritas, justificadas (transferência, alta, morte, etc.) e mapeadas no fluxograma.
<b>Validade da Conclusão Estatística</b>		
11. Os participantes foram analisados nos grupos em que foram aleatorizados?	Sim	A análise foi feita por intenção de tratar e nenhum dado foi imputado para a análise principal. Todos os 895 e 891 participantes foram incluídos nesta análise.
12. A análise estatística utilizada foi apropriada?	Sim	Foram utilizadas equações de estimação generalizadas e modelos multivariáveis para ajustar os fatores de risco e o agrupamento ( <i>clustering</i> ).
13. O desenho do ensaio foi apropriado e os desvios contabilizados na análise?	Sim	Por ser um ensaio aleatorizado por agrupamentos (clusters), o tamanho da amostra considerou o coeficiente de correlação intra-cluster e a análise foi ajustada em conformidade.

## Apêndice 3 - Avaliação Crítica JBI - Estudo Quasi-Experimental

Estudo: (Toivonen et al., 2020))

Domínio de Viés e Pergunta JBI	Avaliação	Justificação / Citações do Estudo
<b>Validade Interna (Precedência Temporal)</b>		
1. É claro no estudo qual é a "causa" e qual é o "efeito" (a variável independente vem primeiro)?	Sim	O programa de formação "Close Collaboration with Parents" durou 18 meses (causa) e os seus efeitos na qualidade dos Cuidados Centrados na Família (FCC) foram avaliados antes e depois desta intervenção.
<b>Validade Interna (Seleção e Alocação)</b>		
2. Houve um grupo de controlo?	Não	Os autores assumem explicitamente esta limitação no final do artigo: "Uma limitação neste estudo foi o facto de não termos um grupo de controlo...". O estudo comparou as mesmas unidades antes e depois da intervenção.
<b>Validade Interna (Fatores de Confusão)</b>		
3. Os participantes incluídos em quaisquer comparações eram semelhantes?	Sim	Como as comparações foram feitas nas mesmas 8 unidades, elas serviram como o seu próprio controlo. Os autores referem que os gestores e enfermeiros entrevistados "eram maioritariamente os mesmos tanto antes como depois da intervenção".
<b>Validade Interna (Administração da Intervenção)</b>		
4. Os participantes receberam tratamentos/cuidados semelhantes, para além da intervenção de interesse?	Não Claro	Como não existe grupo de controlo e o estudo decorreu ao longo de cerca de 5 anos (2012 a 2017), não é possível garantir que as práticas normais de cuidado não tenham evoluído naturalmente ou sofrido outras influências ao longo desse tempo.
<b>Validade Interna (Avaliação e Medição do Resultado)</b>		
5. Houve múltiplas medições do resultado, tanto antes como depois da intervenção?	Não	Os dados foram recolhidos num único momento antes da formação iniciar e num único momento 6 meses após a formação terminar em cada unidade.
6. Os resultados dos participantes nas comparações foram medidos da mesma forma?	Sim	A avaliação dos Cuidados Centrados na Família foi medida usando a ferramenta Bliss Baby Charter e entrevistas semiestruturadas em ambas as fases (pré e pós-intervenção).
7. Os resultados foram medidos de forma fiável?	Sim	O instrumento BLISS foi traduzido sistematicamente, pré-testado, e a sua consistência interna foi avaliada no estudo (o Alpha de Cronbach foi de 0,97 para a escala total).
<b>Validade Interna (Retenção de Participantes)</b>		
8. O seguimento foi completo e as diferenças no seguimento foram descritas/analizadas?	Sim	Tratando-se de amostras transversais pré e pós, os autores documentam detalhadamente a taxa de resposta e o número exato de participantes em ambas as fases (Ex: Tabela 3 mostra o número de itens respondidos por hospital; 30 enfermeiros no pré e 32 no pós).
<b>Validade da Conclusão Estatística</b>		
9. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	Sim	Foram utilizados testes não paramétricos adequados (Mann-Whitney U e Wilcoxon) devido à natureza dos dados, e um modelo hierárquico linear misto para contabilizar as medidas repetidas e o agrupamento ( <i>clustering</i> ) por hospital.

## **Apêndice 4 - Avaliação Crítica JBI - Estudo de Coorte**

Estudo: (Furtak et al., 2021)

<b>Domínio e Pergunta da JBI</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Justificação / Citações do Estudo</b>
1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados da mesma população?	Não Aplicável	O estudo não comparou dois grupos de exposição distintos. Foi um estudo de coorte único (pais de recém-nascidos prematuros na fase de cuidados habituais do ensaio).
2. As exposições foram medidas de forma semelhante para atribuir as pessoas aos grupos?	Não Aplicável	Pelos motivos indicados acima, não houve alocação por "exposição" (como fumar vs. não fumar).
3. A exposição foi medida de forma válida e fiável?	Não Aplicável	Não aplicável a este desenho puramente descritivo longitudinal.
4. Os fatores de confusão foram identificados?	Sim	Os autores identificaram e controlaram potenciais fatores de confusão demográficos e clínicos (idade dos pais, experiência parental prévia, idade gestacional do RN, tempo de internamento, raça/etnia, etc.).
5. Foram indicadas estratégias para lidar com os fatores de confusão?	Sim	Sim, na análise de dados utilizaram estatística inferencial (ANOVA, Mann-Whitney U, Correlação de Spearman) para associar as características da amostra com as respostas.
6. Os participantes estavam livres do resultado no início do estudo?	Sim	O resultado (necessidades de conhecimento e competências adquiridas no hospital) estava a ser medido de forma progressiva, reportado semana a semana.
7. Os resultados foram medidos de forma válida e fiável?	Sim	Os resultados foram medidos de forma consistente através de questionários semanais integrados numa aplicação móvel (We3Health™), utilizando análise de conteúdo convencional para as questões abertas com codificação validada por uma equipa (incluindo pais e clínicos).
8. O tempo de seguimento foi suficiente para que os resultados ocorressem?	Sim	O seguimento decorreu durante todo o internamento na UCIN (mediana de 65 dias, com os pais a completarem múltiplos questionários ao longo do tempo).
9. O seguimento foi completo, e se não, as razões para a perda foram exploradas?	Sim	O seguimento não foi completo para toda a coorte inicial, mas as diferenças foram minuciosamente analisadas. De 227 pais, 148 devolveram inquéritos. Os autores compararam estatisticamente os que responderam com os que não responderam (ex: os excluídos tinham RNs com maior peso ao nascer e menor tempo de internamento).
10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o seguimento incompleto?	Sim	O estudo focou a sua análise longitudinal (fase inicial, intermédia, final do internamento) dividindo os dados em tercís (terceiras partes do internamento), o que ajusta a avaliação para diferentes tempos de permanência hospitalar.
11. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	Sim	A análise estatística descritiva e os testes de associação não paramétricos foram apropriados à natureza ordinal e categórica dos dados e ao ajuste por múltiplas análises.

## Apêndice 5 - Avaliação Crítica JBI - Estudo de Coorte

Estudo: (Lubbe & Donald, 2025b)

Domínio e Pergunta da JBI	Avaliação	Justificação / Citações do Estudo
1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados da mesma população?	Sim	As mães foram recrutadas de duas UCINs comparáveis do setor público, e as características demográficas e clínicas foram avaliadas e consideradas semelhantes entre os três braços do estudo.
2. As exposições foram medidas de forma semelhante para atribuir as pessoas aos grupos?	Sim	A atribuição aos grupos foi feita sequencialmente no tempo (Braço 1 primeiro, depois Braço 2, e finalmente Braço 3) de forma padronizada.
3. A exposição foi medida de forma válida e fiável?	Sim	A intervenção aplicada a cada grupo (cuidados padrão vs. apenas livreto vs. livreto com sessão facilitada) foi estruturada e padronizada
4. Os fatores de confusão foram identificados?	Sim	As autoras recolheram e reportaram dados sobre múltiplos potenciais fatores de confusão, como idade materna, complicações na gravidez, idade gestacional do RN e peso ao nascer.
5. Foram indicadas estratégias para lidar com os fatores de confusão?	Não	As autoras assumem esta limitação abertamente no texto: "Como estudo piloto, a nossa amostra não teve poder para avaliar se os resultados foram influenciados pela idade gestacional, saúde do recém-nascido, características maternas ou nível de educação". A análise estatística procurou apenas diferenças entre grupos, sem ajustar a estas covariáveis.
6. Os participantes estavam livres do resultado no início do estudo?	Sim	Tratando-se de resultados contínuos (nível de conhecimento e stress), o estudo garantiu a medição da linha de base (pré-teste) logo após a inscrição e antes de qualquer intervenção, estabelecendo o ponto de partida individual.
7. Os resultados foram medidos de forma válida e fiável?	Sim	O estudo utilizou ferramentas validadas na literatura: o questionário KPIB para o conhecimento sobre o comportamento do recém-nascido pré-termo e a escala PSS:NICU para o stress parental.
8. O tempo de seguimento foi suficiente para que os resultados ocorressem?	Sim	O pós-teste foi realizado uma semana após a avaliação inicial, um período considerado adequado para medir o impacto imediato da retenção de conhecimentos de uma intervenção educativa na UCIN.
9. O seguimento foi completo, e se não, as razões para a perda foram exploradas?	Sim	O seguimento de toda a população inicial não foi completo, mas as perdas estão minuciosa e exaustivamente documentadas nos fluxogramas CONSORT do artigo (Figuras 1 e 2), onde se detalham razões exatas como altas precoces, transferências ou óbitos.
10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o seguimento incompleto?	Não Aplicável / Não	As investigadoras definiram previamente a obtenção de uma amostra final de 10 mães por grupo e limitaram a análise aos casos completos, não utilizando estratégias matemáticas (como a imputação) para tentar resgatar os dados perdidos.
11. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	Sim	Foi utilizada uma ANOVA de design misto ( <i>mixed-design ANOVA</i> ) para avaliar o efeito cruzado do fator "Tempo" (pré e pós-teste) com o fator "Grupo" (braços 1, 2 e 3), o que é o teste estatisticamente mais apropriado para este desenho.

## Apêndice 6 - Avaliação Crítica JBI - Estudo Transversal Analítico

Estudo: (Insalaco et al., 2025)

<b>Domínio e Pergunta da JBI</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Justificação / Citações do Estudo</b>
1. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	Sim	Foram estabelecidos critérios claros de inclusão (recém-nascidos de muito baixo peso admitidos entre 1 Jan 2023 e 31 Dez 2024) e de exclusão (nascimento noutra instituição, transferência, óbito, ou internamento inferior a 5 dias).
2. Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe?	Sim	O contexto do estudo (UCIN do Hospital Universitário de Modena) foi claramente descrito. A amostra final (59 recém-nascidos e as respetivas famílias) foi minuciosamente detalhada na Tabela 2 em termos sociodemográficos e clínicos.
3. A exposição foi medida de forma válida e fiável?	Sim	Neste estudo observacional, a "exposição" abrange as variáveis e características sociodemográficas (como barreiras linguísticas, situação de emprego e idade materna). Estes dados foram sistematicamente registados e quantificados.
4. Foram utilizados critérios objetivos e padronizados para medição da condição?	Sim	O envolvimento e a autonomia parental foram medidos utilizando o novo formulário estruturado " <i>Together TO-CARE template</i> " (TTCT), que foi integrado no processo clínico informático para padronizar os registos (ex: classificar a autonomia em "observador", "com apoio" ou "autónomo").
5. Os fatores de confusão foram identificados?	Sim	Os autores identificaram múltiplos potenciais fatores de confusão no estudo da presença e envolvimento parental, tais como idade gestacional, peso à nascença, paridade, barreiras linguísticas, estatuto de emprego materno e distância do hospital.
6. Foram indicadas estratégias para lidar com os fatores de confusão?	Sim	Para ajustar e controlar os fatores de confusão, os autores utilizaram modelos de regressão linear multivariada, o que lhes permitiu perceber, por exemplo, que apenas o desemprego materno afetava significativamente a presença no hospital, independentemente dos outros fatores.
7. Os resultados foram medidos de forma válida e fiável?	Sim	Os dados de resultado (taxa de preenchimento, horas de presença, tempo até à autonomia) foram extraídos do instrumento TTCT, preenchido diariamente nos turnos pelas equipas de enfermagem, que receberam formação dedicada prévia para o uso da ferramenta.
8. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	Sim	Foi utilizada uma análise estatística extremamente completa, adequada à distribuição das variáveis, incluindo testes de Shapiro-Wilk, testes t de Student, Mann-Whitney U, Qui-quadrado, correlação de Pearson e modelos de regressão bivariada e multivariada.

## Apêndice 7 - Avaliação Crítica JBI - Estudo Qualitativo

Estudo: (Lubbe & Donald, 2025a)

Domínio e Pergunta da JBI	Avaliação	Justificação / Citações do Estudo
1. Há congruência entre a perspectiva filosófica afirmada e a metodologia de investigação?	Sim	As autoras baseiam-se na Teoria Sinativa do Desenvolvimento e nos Princípios dos Cuidados Centrados na Família para fundamentar o uso de um processo metodológico de refinamento iterativo e qualitativo.
2. Há congruência entre a metodologia e os objetivos/questão de investigação?	Sim	A metodologia de grupos focais com diferentes parceiros (mães, clínicos, especialistas) é altamente adequada para o objetivo de avaliar a validade de conteúdo, exequibilidade e aceitabilidade de um programa educativo na UCIN.
3. Há congruência entre a metodologia e os métodos usados para recolha de dados?	Sim	A recolha de dados foi feita através dos grupos focais (híbridos, presenciais e online) usando a grelha estruturada SPEAT ( <i>Structured Parent Education Assessment Tool</i> ) como guião prévio, o que é consistente com a metodologia qualitativa desenhada para alcançar consenso.
4. Há congruência entre a metodologia e a representação e análise dos dados?	Sim	As investigadoras utilizaram a análise temática, lendo e codificando as transcrições das gravações e extraíndo temas baseados nas categorias do SPEAT, com validação de um co-codificador independente para garantir o rigor analítico.
5. Há congruência entre a metodologia e a interpretação dos resultados?	Sim	A interpretação dos resultados cumpriu o propósito da metodologia iterativa, traduzindo-se na evolução e refinamento direto do programa educativo desde a versão inicial (0.1) até à versão final aprovada (0.3).
6. Existe uma declaração que situe o investigador cultural ou teoricamente?	Não	Apesar de os autores localizarem o <i>estudo</i> num contexto de cuidados públicos da África do Sul com recursos limitados, não existe uma secção de reflexividade onde os investigadores declarem os seus próprios valores, crenças culturais ou posicionamento pessoal perante o tema.
7. A influência do investigador sobre a investigação, e vice-versa, é abordada?	Não	O artigo descreve as funções da equipa (ex: a investigadora principal apresentou a versão 0.1 e facilitou a discussão), mas não explora criticamente a forma como a presença, a autoridade ou a proximidade das investigadoras pode ter influenciado as respostas ou o comportamento das mães e profissionais de saúde presentes nos grupos focais.
8. Os participantes e as suas vozes estão adequadamente representados?	Sim	O texto dá um enorme destaque à voz dos participantes, utilizando inúmeras citações diretas ao longo da secção de resultados para ilustrar os temas
9. A investigação é ética e há evidência de aprovação por um comité?	Sim	O estudo obteve as aprovações éticas e legais necessárias, e foi assegurado o consentimento informado e a permissão para gravação de todos os participantes.
10. As conclusões retiradas decorrem da análise ou interpretação dos dados?	Sim	As conclusões, que confirmam a viabilidade do programa com recomendações específicas de adaptação (como as questões linguísticas e a flexibilidade das sessões), derivam clara e diretamente da análise temática do <i>feedback</i> dado nos grupos focais.

# Apêndice VIII - Poster apresentado ao IX Fórum das Especialidades de Enfermagem – “Literacia em Saúde na Era Digital: desafios para a enfermagem especializada” da UCP, Porto



## Capacitação parental em UCIN - contributos da observação de sinais e dos cuidados neurocomportamentais na era digital

**Autores:** Maria Inês Caçolho <sup>1</sup>, Isabel Quelhas <sup>2,3</sup>  
 (1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante Mestrado em Enfermagem, Porto, Portugal  
 (2) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto)  
 (3) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde



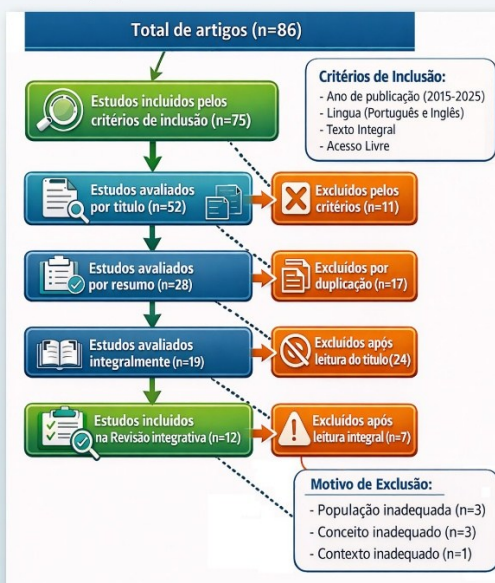
### INTRODUÇÃO

O internamento do recém-nascido pré-termo (RNPT) em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) expõe o bebé a um ambiente sensorial exigente e, os pais, a uma experiência potencialmente crítica, com repercussões na vinculação, participação nos cuidados e desenvolvimento da capacitação parental [1]. A observação e os cuidados neurocomportamentais, enquadrados por referenciais do neurodesenvolvimento e operacionalizados por modelos e instrumentos (por exemplo NIDCAP e NBO), podem apoiar a leitura de sinais do bebé e a integração progressiva dos pais como parceiros [2,3]. Na era digital, a literacia em saúde e a mediação de recursos eHealth podem complementar este processo [4,5].

### MATERIAL E MÉTODOS

Com o objetivo de explorar os contributos da observação e dos cuidados neurocomportamentais para o desenvolvimento da capacitação parental de pais de RNPT em UCIN, integrando a literacia em saúde e a dimensão digital, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, orientada pelo modelo PCC (pais de RNPT; observação/cuidados neurocomportamentais; UCIN) e reportada de acordo com o PRISMA 2020.

A pesquisa foi efetuada em Scopus, MEDLINE/PubMed, CINAHL e Cochrane Library incluindo publicações entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025, em português ou inglês. A qualidade metodológica foi avaliada para os estudos primários com as checklists do Joanna Briggs Institute (JBI). A síntese foi narrativa e temática.



### RESULTADOS

Foram incluídos 12 estudos. A análise temática revelou três eixos fundamentais:

Eixo temático	Foco	Principais contributos
<b>Eixo 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitação da equipa</li> <li>Partilha de observação e decisão</li> <li>Integração parental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforço da parceria pais–equipa</li> <li>Aumento de confiança</li> <li>Participação parental progressiva e segura nos cuidados [6,7]</li> </ul>
<b>Eixo 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação partilhada (escalas de observação)</li> <li>Operacionalização do envolvimento parental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de literacia parental e confiança na leitura de sinais</li> <li>Linguagem comum pais–profissionais</li> <li>Possibilidade de monitorizar envolvimento e autonomia [8,9,10]</li> <li>Estratégias educativas ajustadas à UCIN</li> </ul>
<b>Eixo 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educação parental faseada</li> <li>Literacia em saúde</li> <li>eHealth como suporte complementar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Literacia como condição para compreensão/decisão</li> <li>eHealth com potencial educativo (dependente de acessibilidade e mediação profissional) [11,12,13,14,15,16,17]</li> </ul>



### CONCLUSÃO

Globalmente, a evidência indica que a observação partilhada e os cuidados neurocomportamentais reforçam a participação, confiança e a capacitação parental, facilitando a interpretação dos sinais do RNPT e interação pais-bebé. A literacia em saúde e a mediação digital surgem como um complemento útil, favorecendo a continuidade, quando integradas de forma crítica e complementar à relação terapêutica. Embora dependam de acessibilidade, adequação de conteúdos e mediação profissional, apresentam implicações para a formação em enfermagem neonatal e para a implementação de estratégias educativas validadas.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

