



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

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
Tânia Sofia Rodrigues da Costa

Porto, setembro de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Tânia Sofia Rodrigues da Costa

Sob a Orientação de Professora Doutora Constança Festas

Porto, setembro de 2025

Resumo

A crescente complexidade dos cuidados de saúde à criança e família exige profissionais especializados, capazes de responder às necessidades específicas da população pediátrica. Neste contexto, a formação especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume particular relevância para a prestação de cuidados de excelência centrados na criança, jovem e família.

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório* do 17.º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem - Porto da Universidade Católica Portuguesa.

O relatório tem como finalidade apresentar e analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido, demonstrando a aquisição e consolidação das competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica através da experiência em três contextos de estágio complementares: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Cuidados de Saúde Primários e Serviço de Urgência Pediátrica.

A metodologia adotada caracterizou-se por uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, permitindo analisar e fundamentar, com recurso à evidência científica atual, as atividades realizadas ao longo dos estágios.

O percurso desenvolvido possibilitou a consolidação de competências nos quatro domínios estruturantes da prática do EESIP: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. Foram desenvolvidas competências específicas na área da comunicação, avaliação e gestão da dor, apoio à parentalidade e transições familiares, e na prestação de cuidados em situações de elevada complexidade clínica. Paralelamente, consolidaram-se competências transversais em formação de pares, liderança de equipas, gestão de recursos e integração de resultados de investigação na prática clínica.

Este relatório demonstra a transição bem-sucedida de uma prática generalista para uma atuação especializada, evidenciando um crescimento significativo a nível pessoal e profissional. O trabalho oferece uma análise aprofundada do processo de especialização, constituindo um contributo valioso para a compreensão do desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Competências; Criança; Família; Especialização; Cuidados centrados na família.

Abstract

The increasing complexity of healthcare for children and families requires specialized professionals capable of responding to the specific needs of the pediatric population. In this context, specialized training in Child Health and Pediatric Nursing assumes particular relevance for delivering excellent care centered on the child, young person, and family.

This report was developed within the scope of the *Final Internship and Report* curricular unit of the 17th Master's Degree Course in Nursing with specialization in Child Health and Pediatric Nursing, from the School of Nursing - Porto, Catholic University of Portugal.

The report aims to present and critically analyze the training pathway undertaken, demonstrating the acquisition and consolidation of competencies in Child Health and Pediatric Nursing through experience in three complementary internship contexts: Neonatal Intensive Care Unit, Primary Health Care, and Pediatric Emergency Department.

The methodology adopted was characterized by a descriptive and critical-reflective approach, allowing for the analysis and substantiation, using current scientific evidence, of the activities carried out during the internships.

The developed pathway enabled the consolidation of competencies in the four structural domains of Child Health and Pediatric Specialist Nurse (CHPSN) practice: care delivery, education, management, and research. Specific competencies were developed in communication, pain assessment and management, support for parenthood and family transitions, and in providing care in situations of high clinical complexity. Concurrently, transversal competencies were consolidated in peer education, team leadership, resource management, and integration of research results into clinical practice.

This report demonstrates the successful transition from generalist practice to specialized performance, evidencing significant growth at both personal and professional levels. The work offers an in-depth analysis of the specialization process, constituting a valuable contribution to understanding the development of advanced competencies in Child Health and Pediatric Nursing.

Keywords: Pediatric Nursing; Competencies; Child; Family; Specialization; Family-Centered Care.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

Agradecimentos

Aos meus pais, que sempre me apoiaram incondicionalmente e me ensinaram que, em qualquer desafio, a determinação é mais forte que a dúvida: 'não vais tentar, vais conseguir'. O vosso amor e apoio são as bases que me permitem alcançar os meus objetivos.

À minha irmã e ao meu cunhado., que são o meu apoio incondicional todos os dias. A vossa presença constante e o vosso amor inestimável têm sido a força que me impulsiona a seguir em frente.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional, paciência e incentivo constantes, que me deram força para superar cada desafio deste percurso.

À M.R. e B.P. pelo apoio incondicional e pela presença constante em todos os momentos.

À M.C., que é um dos meus maiores exemplos como enfermeira. Sou grata por teres estado ao meu lado desde o primeiro dia, sempre a inspirar-me a ser melhor.

À Enf. M.A., que sou muito grata por ter tido como primeira chefe. Foi sem dúvida, o melhor exemplo que poderia ter. A sua competência e liderança marcaram profundamente a minha trajetória e continuam a ser uma grande inspiração para mim.

À minha professora orientadora, pelo apoio constante, orientação valiosa e incentivo ao longo de todo o processo.

Às minhas orientadoras de estágio, pela orientação, paciência e pela partilha de conhecimentos ao longo de todo o percurso.

Aos "meus meninos" pela inspiração diária e pela motivação constante que me transmitem para crescer enquanto enfermeira.

A todos o meu sincero obrigada!

Siglas e Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CPTAS- Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

DMI – Diabetes Mellitus tipo I

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorpórea

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

EESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESEFM – Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OBS – Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORL – Otorrinolaringologia

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

STT- Sistema de triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VSR – Vírus Sincicial Respiratório

Índice Geral

1. Introdução.....	17
2. Competências previamente adquiridas.....	21
3. Contextualização do Estágio Final.....	25
4. Desenvolvimento de competências.....	29
4.1 Domínio da prestação de cuidados.....	31
4.2 Domínio da formação	84
4.3 Domínio da Investigação.....	91
4.4 Domínio da gestão.....	96
5. Implicações do percurso formativo na prática profissional.....	101
6. Conclusão.....	104
Referências Bibliográficas.....	106
7. Apêndices	114
Apêndice I: Planeamento, apresentação e avaliação da atividade de estágio em contexto de UCC “Formação de Pares: Imunização Sazonal Contra o VSR” ...	115
Apêndice II: Revisão da Literatura “O papel da comunicação na adaptação ao diagnóstico da doença crónica na criança e família”.....	150
Apêndice III: Poster científico “O papel da comunicação na adaptação ao diagnóstico da doença crónica na criança e família”.....	164
Apêndice IV: Folha Individual de Monitorização de OAF	166

1. Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” que integra o 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem – Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório resulta do percurso formativo desenvolvido ao longo de vários meses de estágio, realizados em diferentes contextos assistenciais. Nele são analisadas, de forma crítica e fundamentada, as experiências vivenciadas, as competências desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos, no âmbito da especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A exigência e intensidade do meu percurso formativo traduziram-se num investimento pessoal e profissional significativo, cuja recompensa se refletiu no desenvolvimento de competências clínicas avançadas e na consolidação de uma prática especializada, centrada na criança e na família. Simultaneamente, este percurso contribuiu para o desenvolvimento de competências ao nível do grau de mestre, traduzidas na capacidade de integrar conhecimento complexo, tomar decisões fundamentadas em contextos imprevisíveis, refletir criticamente sobre a prática e produzir conhecimento aplicado. Estas dimensões, inerentes ao processo de formação avançada em enfermagem, sustentam uma prática ética, autónoma e cientificamente informada, em consonância com os referenciais do ensino superior e com os requisitos definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

O mestrado em enfermagem tem como objetivos formar enfermeiros especialistas com uma visão ajustada da saúde, incentivando o trabalho multidisciplinar e promovendo uma cultura científica renovada e fértil.

A realização deste estágio clínico constitui uma etapa essencial no processo formativo do enfermeiro especialista, permitindo a integração progressiva do conhecimento teórico na prática assistencial. Para além da aquisição e consolidação de competências técnicas e relacionais, estes contextos favorecem o

desenvolvimento do raciocínio clínico, da autonomia profissional e da capacidade de tomada de decisão em situações complexas, sendo, por isso, fundamentais para a formação avançada exigida ao nível do título de especialista e do grau de mestre em Enfermagem (Barreira, 2021).

A estrutura da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, prevê um total de 840h. Cerca de 400h, 360h são referentes ao contacto clínico que teve oportunidade de realizar em 3 contextos diferentes, 20h de seminários e 20h de orientações tutoriais. São ainda propostas 440h para estudo autónomo, das quais 200h estão destinadas à elaboração do relatório final, correspondendo a 30 ECTS. No processo de desenvolvimento de competências, com vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, para esta unidade curricular o Plano de Estudos do curso propõe os seguintes objetivos:

1. Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, incluindo no domínio da investigação;
2. Saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares na área da especialização;
3. Mostrar 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 que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
4. Ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
5. Desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma.

O desenvolvimento de competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, articula-se com os objetivos definidos no Plano de Estudos, os quais orientam a aquisição de conhecimento avançado, a capacidade de intervenção em contextos clínicos complexos, a integração crítica de saberes, a comunicação eficaz e a aprendizagem ao longo da vida. Este processo formativo foi concretizado através da realização de estágios em três contextos diferenciados: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (setembro-outubro de 2024), Cuidados de Saúde Primários – UCC e USF (outubro-dezembro de 2024) e Serviço de Urgência Pediátrica (janeiro-fevereiro de 2025). A consolidação destas aprendizagens foi sustentada por uma componente teórica rigorosa e enriquecida pela minha experiência profissional prévia em internamento pediátrico, que permitiu a creditação ao estágio no 1.º ano.

Ao longo deste relatório, serão analisadas as aprendizagens e competências desenvolvidas durante o estágio, integrando a prática especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com os pressupostos de formação avançada do grau de mestre. A reflexão desenvolve-se a partir dos contextos clínicos vivenciados, valorizando a articulação entre o saber teórico, a evidência científica e a experiência prática.

Neste processo será adotada uma metodologia crítico reflexiva sobre o processo de desenvolvimento das competências, articulando os objetivos delineados para cada contexto de estágio, bem como, com as atividades implementadas e os desafios enfrentados. Através de uma análise fundamentada na evidência e orientada pelos princípios da prática centrada na criança e família, procurarei demonstrar o meu crescimento profissional e pessoal alcançado, evidenciando a transição de uma prática generalista para uma atuação especializada, autónoma e crítica.

O relatório está organizado de acordo com os quatro domínios de competência definidos pelo perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediátrica: prestação de cuidados, formação, investigação e gestão. Cada domínio integra a descrição das atividades desenvolvidas, a reflexão crítica sobre as aprendizagens realizadas e a fundamentação teórica que sustenta a prática profissional especializada. A estrutura do documento reflete, assim, a articulação entre os contextos clínicos, os objetivos delineados e as competências consolidadas. A referência bibliográfica utilizada segue a norma ISO 690, garantindo o rigor e a uniformidade na citação das fontes consultadas ao longo do trabalho.

2. Competências previamente adquiridas

O meu percurso profissional iniciou-se no ano de 2020 e desde muito cedo soube que passaria apenas pela área da pediatria. Após concluir a licenciatura na Universidade Católica Portuguesa, na Escola de Enfermagem - Porto, iniciei uma procura infrutífera na região do grande Porto que terminou com a decisão de mudar de cidade, devido à escassez de oportunidades sobretudo numa área tão específica como a pediatria. Foi desta forma que iniciei o meu percurso num Hospital da região de Lisboa em internamento de Pediatria médico-cirúrgica, onde prestei serviços durante mais de 3 anos.

O serviço de pediatria acolhia crianças dos 28 dias de vida aos 17 anos em contexto de doença aguda, crónica e cirúrgica, com uma equipa de enfermagem constituída por 12 elementos, dos quais 6 eram enfermeiros especialistas. Esta experiência possibilitou-me desenvolver competências na prestação de cuidados em contextos médico-cirúrgicos e em cirurgia ambulatória.

Tive também a oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados em situações cirúrgicas, particularmente em contexto de cirurgia ambulatória, que exigiam uma abordagem sensível, segura e centrada na criança e na família. Esta modalidade decorria em três salas destinadas a intervenções de otorrinolaringologia, ortopedia e cirurgia geral, e representa um cenário clínico onde a ansiedade, o desconhecido e o tempo limitado de contacto com a equipa de saúde impõem desafios significativos à prática de enfermagem. A admissão era realizada pela equipa de enfermagem, que conduzia a preparação pré-operatória, incluindo a recolha de dados junto dos pais e a colocação do cateter venoso periférico. Apesar de ser o único procedimento invasivo, este momento exigia a implementação de estratégias de alívio da dor e de desconforto, farmacológicas e não farmacológicas e, acima de tudo, uma intervenção comunicacional empática e adaptada. Este contexto permitiu-me desenvolver competências na gestão da ansiedade da criança e família, na promoção de uma

experiência cirúrgica positiva e na capacitação dos pais, assegurando uma prestação de cuidados técnica e humanamente qualificada.

Durante a experiência no hospital de dia cirúrgico, integrei a equipa de enfermagem que, em articulação com a equipa médica de anestesiologia, desenvolvemos um protocolo de administração oral de midazolam no pré-operatório. A introdução deste protocolo visou uniformizar a prática, garantir a segurança na administração e melhorar o controlo da ansiedade e colaboração da criança antes da indução anestésica. Esta participação ativa permitiu-me consolidar competências na área da gestão da dor, da colaboração interprofissional e multiprofissional e da utilização segura de fármacos em contexto pediátrico. A integração neste processo reforçou ainda a importância do contributo do enfermeiro na implementação de práticas baseadas na evidência e na humanização do cuidado, promovendo uma experiência cirúrgica mais positiva para a criança e para a família.

A alta para o domicílio era também uma avaliação realizada pela equipa de enfermagem através da aplicação da escala MPADSS (*Modified Postanaesthesia Discharge Scoring System*), que avalia sinais vitais, nível de atividade, náuseas e vómitos, dor e hemorragia, garantindo condições seguras para a alta.

A minha prática neste contexto estendeu-se também ao desenvolvimento de competências na área formativa. Deste modo, participei nas jornadas digitais de pediatria, realizei um workshop sobre sedação e analgesia em pediatria, uma formação sobre os princípios básicos da lactação humana, um curso sobre os cuidados ao recém-nascido e uma sobre a promoção da vinculação ao recém-nascido com necessidade de internamento.

Estas experiências permitiram-me atualizar e aprofundar conhecimentos técnicos e científicos, e simultaneamente desenvolvi um olhar mais crítico e fundamentado sobre a prática clínica.

Posteriormente, realizei atividades como formadora, à equipa de enfermagem do internamento e urgência sobre o reconhecimento da criança gravemente doente

e outra sobre os cuidados de enfermagem à criança diagnosticada com diabetes mellitus I (DMI). Estas formações surgiram através da identificação de necessidade da equipa de enfermagem, de modo a promover a formação em equipa com o objetivo de aumentar e atualizar conhecimento.

Este envolvimento exigiu não só atualização científica rigorosa sobre a patologia, como também o domínio de estratégias pedagógicas adaptadas às necessidades da equipa de enfermagem. A complexidade da diabetes na infância implica uma gestão terapêutica, vigilância contínua, e apoio emocional à criança e à família, que requer uma equipa preparada e coesa. Como formadora, desenvolvi conteúdos orientados para a prática clínica, abordando temas como o plano alimentar, insulino-terapia, gestão de hipoglicemias e atuação em contexto escolar. Este trabalho foi realizado em conjunto com a equipa multidisciplinar que envolve o núcleo da diabetes, o qual tive oportunidade de integrar.

Após alguns anos no internamento, iniciei funções de gestão. Tive a oportunidade de orientar 2 alunas da licenciatura de duas Escolas de Enfermagem da zona de Lisboa. A orientação de alunos permitiu-me colaborar no processo de aprendizagem de futuros profissionais e desenvolver competências na área da comunicação, capacidade de avaliação, reflexão crítica, organização e motivou ainda mais o meu interesse em investir em formação de modo a transmitir conhecimentos baseados na evidência científica mais recente. No âmbito da gestão em internamento pediátrico, desempenhei também funções relacionadas com a organização e otimização dos recursos disponíveis. Participei na gestão de vagas, assegurando uma distribuição equilibrada dos doentes de acordo com a complexidade clínica e a capacidade da equipa de enfermagem, o que contribuiu para a segurança e continuidade dos cuidados. Assumi igualmente a responsabilidade pela gestão de material e pela reposição de stock de medicação, garantindo a disponibilidade de recursos essenciais à prática assistencial. Estas experiências permitiram-me desenvolver competências de

planeamento, organização e liderança, fundamentais para a eficiência dos serviços.

A experiência profissional em internamento pediátrico permitiu-me integrar e consolidar competências nos domínios da prestação de cuidados, da formação e da gestão, em conformidade com os objetivos definidos para o estágio de internamento. Este percurso favoreceu o desenvolvimento da minha autonomia, espírito crítico e capacidade de decisão em contextos complexos, enquanto me proporcionou experiência na coordenação de recursos e na dinamização de processos formativos. Considero, por isso, que assegurei a aquisição de competências especializadas, o que justifica a creditação desta unidade curricular.

3. Contextualização do Estágio Final

No âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório” realizei o estágio final que decorreu em 3 contextos diferentes da prática clínica. O primeiro contexto foi o de neonatologia, no período de 27 de setembro a 23 de outubro, com um total de 90h de contacto.

A diversidade destes contextos proporcionou uma visão abrangente dos cuidados à criança e à família em diferentes fases do ciclo vital e em distintos níveis de complexidade assistencial, permitindo o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é composta por duas unidades: unidade de cuidados intensivos e unidade de cuidados intermédios. A unidade de cuidados intensivos é uma unidade nível 3, classificada como de apoio perinatal altamente diferenciado. A unidade é composta por 10 boxes e é centro de referência em cardiopatias congénitas, doenças hereditárias do metabolismo e de oncologia pediátrica. Para além destas especialidades, tem diferenciação pediátrica e neonatal global: neurologia e neurocirurgia, pneumologia e ORL, gastroenterologia e nutrição, oftalmologia, ortopedia, hematologia, imunohemoterapia, imagiologia e genética. A UCIN recebe recém-nascidos (RN) *inborn* e *out born*. Como unidade de referência, acabam por receber também RN vindos de outros hospitais de forma não programada dando resposta a uma vasta área de população.

A unidade de cuidados intermédios é constituída por 7 vagas e é uma unidade *open space*. Normalmente, os recém-nascidos que estão internados nesta unidade provem da unidade de cuidados intensivos num momento em que a alta já se avizinha.

As patologias específicas a que dão resposta exigem também cuidados diferenciados tais como: reanimação neonatal, prática de todas as modalidades

de ventilação, manipulação de todo o tipo de cateteres, técnica de hipotermia neonatal induzida, dialise, entre outros.

Nesta unidade trabalham cerca de 48 enfermeiros, 27 enfermeiros de cuidados gerais e 21 enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica. O rácio enfermeiro-doente na unidade de cuidados intensivos é de 1 enfermeiro para 2 doentes na maioria dos casos. Em casos mais complexos acaba por ser 1-1, mas nem sempre é possível devido à falta de enfermeiros que o serviço apresenta. Na unidade de cuidados intermédios, estão geralmente dois enfermeiros independentemente do número de doentes, o que significa que podem estar dois enfermeiros para 7 RN.

Nesta unidade é permitido que os pais acompanhem os seus filhos 24h por dia. As boxes possuem ainda um compartimento que permite aos pais descansarem perto dos seus bebés. Esta modalidade é algo que não é permitida em todas as UCIN, mas que é um fator muito importante quer para os pais, quer para os bebés.

O acolhimento aos pais nesta unidade começa pela entrega de um guia de acolhimento onde estão presentes informações que serão úteis durante o internamento e que ajudam a gerir as expectativas dos pais. O guia tem informações sobre o funcionamento da unidade, orientações quanto aos cuidados aos recém-nascidos, aleitamento materno, método canguru, alguns aspetos sobre a preparação para a alta e o contacto do serviço.

Os pais podem também usufruir de apoio de psicologia e apoio espiritual. A unidade é constituída por 1 psicóloga que acompanha as famílias depois da referenciação pela equipa de enfermagem ou a pedido dos pais. Todos os sábados recebem a visita de um padre que permite às famílias receber a eucaristia.

A preparação para a alta é feita ao longo do internamento. Os pais são incluídos nos cuidados desde o momento em que se sentem preparados e quando chegam à unidade de cuidados intermédios passam a prestar a maioria dos cuidados com a supervisão e apoio da equipa de enfermagem. No momento da alta, é utilizada

uma *checklist* onde constam os principais temas sobre os cuidados a prestar em casa e são esclarecidas todas as dúvidas que os pais ainda possam ter neste regresso a casa.

Após o momento da alta, a família fica com o contacto da unidade para eventuais dúvidas que possam surgir, no entanto, não existe um acompanhamento pós-alta. O recém-nascido é referenciado para o centro de saúde da sua área de residência e contacto com o serviço não é mantido.

O segundo contexto foi numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF), pertencentes a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), no período de 31/10/2024 a 20/12/2024 com um total de 180 horas de contacto.

A UCC é constituída por 8 enfermeiros dos quais 2 são enfermeiro EESIP. Os enfermeiros EESIP são responsáveis pela saúde escolar, pelo curso de massagem infantil e pelo núcleo de apoio às crianças e jovens em risco.

No que se refere à USF, trata-se de uma unidade tipo B e é constituída por 5 enfermeiros dos quais 2 são EESIP. As consultas de saúde infantil decorrem normalmente apenas 1 vez por semana em gabinetes destinados às mesmas, decorados e adaptados às crianças e famílias.

Por fim, o último estágio que realizei foi num serviço de Urgência Pediátrica do grande Porto com um total de 90 horas de contacto no período de 03/01/2025 a 04/02/2025.

A Urgência Pediátrica é constituída por 4 áreas principais: sala de triagem, área médica, observação (OBS) e sala de reanimação.

O percurso normalmente percorrido pelas crianças e famílias, inicia-se na triagem, posteriormente existe uma avaliação médica nos gabinetes médicos onde são prescritas intervenções ou medicação, que posteriormente serão realizadas na área médica. Todas as crianças que exijam uma maior vigilância ou monitorização contínua de sinais vitais, ou que estejam a aguardar internamento, são transferidas para OBS (sala de observação).

A equipa de Enfermagem é constituída por 33 Enfermeiros dos quais 20 são EESIP. No turno da manhã e tarde, trabalham 5 enfermeiros: 1 enfermeiro responsável pela triagem, 1 na área médica, 1 em OBS, 1 híbrido (presta apoio a todas as áreas que solicitarem apoio) e o chefe de equipa que desempenha funções de coordenação. No turno da noite, trabalham apenas 4 enfermeiros, ficando o enfermeiro coordenador alocado a uma das áreas.

A distribuição dos elementos pelas diferentes áreas é realizada pelo Enfermeiro coordenador no turno anterior. Existe a particularidade de que, apenas os EESIP podem realizar triagem.

Cada criança tem apenas direito a um acompanhante durante a permanência no serviço de urgência e cada acompanhante de crianças que permaneçam em OBS tem direito a todas as refeições.

Em situações de emergência, os enfermeiros que integram a equipa na sala de emergência são o enfermeiro alocado à área médica e o coordenador. Em situações mais complexas é solicitado ainda, o apoio do enfermeiro responsável pela OBS.

Estes três contextos de estágio complementaram-se na consolidação das competências especializadas necessárias ao exercício em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, competências essas que irei expor e refletir de forma organizada por domínios no capítulo seguinte.

4. Desenvolvimento de competências

O desenvolvimento de competências constitui um eixo estruturante da formação do EESIP, sendo entendido como a mobilização integrada de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que sustentam uma prática profissional autónoma, ética e baseada na evidência. A aquisição e consolidação destas competências são fundamentais para assegurar uma resposta qualificada, segura e centrada nas necessidades da criança e da sua família, em diferentes contextos clínicos e ao longo do ciclo vital.

Nos próximos subcapítulos apresento, de forma sistematizada, o percurso de aprendizagem e prática desenvolvido ao longo do estágio final, evidenciando o modo como foram adquiridas e aplicadas as competências exigidas ao enfermeiro especialista. A informação está organizada em quatro domínios: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. Em cada domínio são descritas as competências específicas a desenvolver, os objetivos delineados, as atividades realizadas e a reflexão crítica sobre o seu impacto na prática clínica.

A estruturação do relatório está alinhada com os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 782/2021), que define três grandes áreas de intervenção: a promoção da saúde da criança/jovem com a sua família; os cuidados em situações de especial complexidade; e os cuidados ajustados ao ciclo de vida e desenvolvimento. Simultaneamente, são também consideradas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), organizadas em quatro áreas transversais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Neste enquadramento, serão exploradas as 23 competências específicas definidas pelo curso de mestrado, articuladas com os contextos de estágio e as atividades concretas desenvolvidas, numa perspetiva crítico-reflexiva devidamente apoiada

na melhor evidência científica orientada para a excelência dos cuidados em saúde infantil e pediátrica.

4.1 Domínio da prestação de cuidados

O domínio da prestação de cuidados constitui o núcleo central da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), exigindo a mobilização de competências clínicas avançadas, sustentadas na evidência científica, na ética e na individualização do cuidado. A prestação de cuidados deve ser contínua, segura, humanizada e centrada na criança e na sua família, tendo em conta as especificidades do ciclo vital, os contextos de vulnerabilidade e a diversidade das situações clínicas. A intervenção do EESIP visa garantir uma resposta diferenciada e qualificada às necessidades de saúde da população pediátrica, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a segurança da criança (Tomás, et al., 2023). Este domínio requer, ainda, uma atuação integrada no seio de equipas interdisciplinares, onde o enfermeiro assume um papel autónomo e corresponsável na avaliação, planeamento, implementação e monitorização das intervenções de enfermagem, conforme definido pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos enfermeiros, 2018).

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é descrito como uma prática de cuidados centrados na criança e na família, com especial atenção nas interações e processos comunicacionais inerentes (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Desta forma, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva. A relação de parceria estabelecida no âmbito do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, evidencia a articulação em equidade, dinâmica e flexível, integrando a criança/ jovem e família na prestação de uma forma multidimensional (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Assim, delineei objetivos e atividades planeadas para desenvolver competências no domínio da prestação de cuidados.

Competência:

⇒ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica e método de trabalho das equipas de enfermagem dos diferentes contextos;
- Integrar as equipas multidisciplinares e interdisciplinares.

A literatura aponta que uma equipa de saúde é composta por diferentes profissionais que, atuam de forma autónoma dentro da sua área disciplinar, têm, no entanto, ações profundamente interligadas, de modo que a intervenção de um membro influencia o contexto de atuação dos restantes. A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade assentam não apenas na comunicação entre campos profissionais e disciplinares, mas sobretudo na interação entre os indivíduos que os representam na prática (Neves, 2012). Desta forma, a equipa deve reconhecer a diversidade dos elementos, bem como as competências e conhecimentos específicos de cada profissional, utilizando essas diferenças de forma a beneficiar o conjunto.

Em cada contexto de estágio em que estive inserida, iniciei o processo de integração com o **reconhecimento das estruturas físicas da unidade de saúde**, sendo posteriormente apresentada, pela minha enfermeira orientadora, aos diversos profissionais em exercício no serviço.

Esta familiarização inicial revelou-se particularmente relevante em serviços de maior complexidade organizacional, como a UCIN e o SUP, onde a dinâmica rápida e os circuitos bem definidos exigem uma adaptação célere e funcional. Paralelamente, o facto de ter sido formalmente apresentada, pela minha enfermeira orientadora, aos diferentes profissionais, nomeadamente, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e administrativos, foi

determinante para a construção de uma relação profissional de confiança, respeito e cooperação. Esta abordagem facilitou a integração na equipa multidisciplinar, potenciando a comunicação, o trabalho colaborativo e a partilha de conhecimento.

A integração nos contextos clínicos onde decorriam o estágio não se limitou ao conhecimento físico do espaço ou à apresentação formal à equipa. Pelo contrário, essa etapa inicial constituiu a base para compreender a dinâmica relacional e organizacional dos serviços, permitindo-me observar e experienciar o funcionamento do trabalho em equipa. A prática deve ir além da simples multiprofissionalidade, em que vários profissionais atuam no mesmo espaço, e evoluir para uma verdadeira multidisciplinaridade, na qual as disciplinas aprendem umas com as outras, em colaboração mútua. O trabalho em equipa multidisciplinar requer não apenas cooperação, mas, fundamentalmente, interação e negociação entre os membros, com o objetivo de desenvolver capacidades de articulação, promovendo uma interdisciplinaridade intencional aplicada na praxis de saúde e no cuidado humano (Neves, 2012).

A minha vivência em contexto de estágio permitiu-me experienciar esta dinâmica de equipa multidisciplinar de forma concreta. Em todos os contextos, foi evidente que o funcionamento eficaz da equipa não dependia apenas da presença simultânea de diferentes profissionais, mas sim da qualidade das interações entre eles. Tive a oportunidade de **participar em momentos de discussão clínica, planificação de cuidados e tomada de decisão partilhada**, nos quais fui envolvida ativamente e pude contribuir com o meu raciocínio clínico e perspetiva de enfermagem. Esta integração demonstrou a importância do reconhecimento das competências específicas de cada elemento da equipa e reforçou a minha capacidade de articulação e colaboração interdisciplinar, essenciais para a construção de um cuidado centrado na criança e na família.

A capacidade de integrar e colaborar numa equipa multidisciplinar e interdisciplinar é uma competência que assume um papel central no cuidado à

criança e família, pois permite uma abordagem holística, contínua e coerente ao longo de todo o processo de cuidados.

No decorrer do estágio e, sobretudo, no contexto em CSP tive a oportunidade de **integrar equipas multidisciplinares na resposta a crianças com necessidades complexas de saúde e às respetivas famílias**. A articulação com médicos, psicólogos e terapeutas revelou-se essencial para assegurar uma abordagem global e ajustada à fase de desenvolvimento de cada criança. Participei ativamente na avaliação conjunta de situações clínicas, na definição de planos de intervenção e no acompanhamento longitudinal, o que me permitiu compreender a relevância da continuidade dos cuidados e do suporte emocional às famílias. Estas vivências reforçaram em mim a consciência de que a competência de colaboração interprofissional não se limita à divisão de tarefas, mas implica a partilha efetiva de objetivos, responsabilidades e decisões, numa lógica centrada na criança e no contexto familiar. Esta reflexão crítica permitiu-me identificar áreas de melhoria na comunicação entre profissionais e reconhecer o valor do meu contributo enquanto futura enfermeira especialista na articulação e humanização do cuidado.

A articulação de saberes entre equipas multidisciplinares e interdisciplinares, permite-nos prestar cuidados integrados que garantem o bem-estar da criança e família num todo. Demonstrar capacidade de trabalho em equipa é essencial para garantir planos de cuidados personalizados, realistas e sensíveis (Neves, 2012).

Durante o estágio, pude vivenciar de forma concreta a importância da articulação entre os diferentes elementos da equipa para a construção de planos de cuidados eficazes e centrados na criança e na família. **Participei em momentos de avaliação clínica conjunta com a equipa médica**, onde as decisões sobre condutas terapêuticas eram discutidas, permitindo-me perceber como a integração de diferentes saberes contribui para respostas mais seguras e ajustadas. Fui incluída nas decisões relativas ao **controlo da dor, comunicação com os pais e prioridades na abordagem inicial**, o que exigiu de mim escuta

ativa, pensamento rápido e colaboração eficaz. Estas experiências levaram-me a refletir sobre a importância de uma postura proativa, empática e tecnicamente fundamentada, que valorize o contributo de cada profissional. Compreendi que o trabalho em equipa não é apenas desejável, mas essencial para garantir cuidados realistas, sensíveis e alinhados com as necessidades da criança e expectativas da família.

Outro aspeto relevante, é o método de trabalho em enfermagem, pois constituem uma estrutura fundamental da assistência prestada, influenciando diretamente a qualidade e segurança dos cuidados. Segundo Ventura-Silva et al. (2021), os principais métodos identificados na prática hospitalar incluem o método funcional, o método individual, o método de equipa e o método de enfermeiro de referência. Cada um desses métodos apresenta características específicas que impactam a organização e a eficácia dos cuidados de enfermagem. A escolha do método adequado deve considerar fatores como a complexidade dos cuidados, a estrutura organizacional e as necessidades dos pacientes, visando sempre a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados. A compreensão e aplicação adequada desses métodos são essenciais para uma prática de enfermagem eficaz e centrada no paciente (Ventura, et al., 2021).

Na UCIN, pude constatar que é adotado o método de trabalho individual, em que cada enfermeira assume a responsabilidade por um a dois recém-nascidos. Esta organização revelou-se vantajosa na medida em que promove uma vigilância contínua, uma maior proximidade relacional e uma personalização dos cuidados prestados. Ao ser responsável direta pelo acompanhamento de um número reduzido de recém-nascidos, a enfermeira consegue aprofundar o conhecimento clínico de cada caso, identificar precocemente alterações no estado de saúde e responder de forma mais célere e eficaz às suas necessidades. Além disso, este modelo facilita o estabelecimento de uma relação mais estável com a família, criando condições para uma comunicação mais empática, clara e centrada na especificidade de cada situação. Esta estrutura de trabalho contribui,

assim, para reforçar a segurança dos cuidados e a confiança dos pais na equipa de enfermagem.

A passagem de turno ocorre numa sala fechada, onde todos os enfermeiros recebem informação clínica relativa a todos os recém-nascidos internados. A distribuição dos doentes é realizada pelo enfermeiro coordenador do turno anterior e, apesar dos internamentos prolongados, essa distribuição é rotativa, sendo raro que um profissional repita os mesmos doentes em turnos consecutivos. Ainda que o modelo de trabalho seja individual, foi evidente o espírito de equipa e entreaajuda entre os profissionais de enfermagem. O coordenador é o elemento de referência em cada turno prestando apoio a toda a equipa, com especial atenção nos recém-nascidos mais instáveis e que requerem cuidados diferenciados.

No SUP, o método de trabalho predominante adotado, é o funcional, sendo a distribuição das tarefas organizada por áreas específicas de atuação, tais como triagem, sala de tratamentos, sala de observação e sala de emergência. Cada enfermeiro é responsável por uma área, com funções bem delimitadas, o que permite um fluxo contínuo de atendimento e resposta rápida a situações agudas. A passagem de turno ocorre em formato oral e direto, com ênfase nas situações clínicas prioritárias e nas crianças em vigilância. A rapidez na transmissão de informação exige comunicação clara e objetiva, o que valorizei e procurei desenvolver ao longo do estágio. Apesar da natureza segmentada do método funcional, foi notória a complementaridade entre os profissionais, com colaboração ativa em situações de maior complexidade, o que reforça a importância da flexibilidade e coesão da equipa em contexto de urgência.

Nos CSP, o método de trabalho é centrado no modelo de enfermeiro de referência, promovendo uma relação terapêutica de continuidade com a criança e sua família. Cada enfermeiro é responsável pelo acompanhamento de um conjunto definido de utentes, o que permite uma abordagem global e longitudinal das necessidades de saúde, com foco na prevenção da doença,

promoção da saúde e gestão de condições crônicas. As reuniões de equipa multidisciplinar, realizadas regularmente, possibilitam o planeamento conjunto de intervenções, o que contribui para uma resposta integrada e centrada na comunidade.

A análise comparativa dos métodos de trabalho observados nos três contextos de estágio: individual na UCIN, funcional no serviço de urgência pediátrica e modelo de enfermeiro de referência nos cuidados de saúde primários, permitiu-me **reconhecer que não existe um modelo universalmente superior**, mas sim **abordagens que respondem a necessidades organizacionais e assistenciais distintas**. O método individual mostrou-se eficaz na personalização e vigilância contínua do neonato crítico; o método funcional garantiu fluidez e rapidez de resposta em ambiente de urgência, onde a segmentação de tarefas reduz tempos de espera; e o modelo de referência destacou-se pela continuidade relacional, tão relevante na promoção da saúde e gestão de doença crónica na comunidade.

A implementação de normas e protocolos na prática de enfermagem é fundamental para garantir a qualidade, a segurança e a consistência dos cuidados prestados. Estes instrumentos orientadores baseiam-se na melhor evidência científica disponível, permitindo padronizar intervenções e reduzir a variabilidade clínica, o que facilita a tomada de decisão e promove a eficácia assistencial. Em contextos clínicos exigentes, como os cuidados pediátricos, a utilização sistemática de protocolos permite uma resposta célere, coordenada e segura, enquanto reforça a articulação entre profissionais (Sales, et al., 2018).

A consulta de protocolos durante a realização do estágio permitiu-me compreender, de forma clara e crítica, o papel estruturante que as normas e protocolos assumem na organização e segurança dos cuidados de enfermagem. Na UCIN, a complexidade clínica e a instabilidade hemodinâmica dos recém-nascidos exigiam uma atuação célere, rigorosa e tecnicamente precisa. Os protocolos clínicos asseguravam a uniformização de condutas, especialmente em

procedimentos como o suporte ventilatório e administração de terapêutica reduzindo a margem para erro e promovendo a segurança do doente.

No SUP, onde o ritmo acelerado e a diversidade de situações clínicas impunham decisões rápidas, **observei que a existência de protocolos bem definidos** para a triagem, analgesia ou abordagem do doente crítico facilitava a fluidez do atendimento e a articulação entre os membros da equipa.

Já nos Cuidados de Saúde Primários, os protocolos orientavam a vigilância da criança saudável, a abordagem das doenças crónicas e a promoção da saúde. A sua aplicação era adaptada à especificidade de cada família e contexto, o que evidenciou a importância de um uso reflexivo e contextualizado destes instrumentos. Esta realidade mostrou-me que os protocolos não substituem o julgamento clínico, mas sim a sua sustentação, servindo como guias para uma prática fundamentada na evidência, na ética e na personalização dos cuidados.

Esta vivência transversal **permitiu-me refletir sobre o equilíbrio necessário** entre a padronização da prática e a individualização do cuidado. Compreendi que, para além da sua função normativa, os protocolos são ferramentas potenciadoras de segurança, autonomia e responsabilidade profissional, pilares essenciais para o exercício da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica.

Desta forma, considero que consegui atingir o objetivo de compreender e integrar a dinâmica estrutural, organizacional e funcional dos diferentes contextos assistenciais. A diversidade de vivências permitiu-me desenvolver uma visão crítica e global dos diferentes níveis de prestação de cuidados, reconhecendo as suas especificidades e ajustando a minha intervenção às exigências de cada contexto, o que considero essencial para uma prática especializada, segura e centrada na criança e família.

Competência:

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

Objetivos específicos:

- Aprofundar competências sobre estratégias de comunicação adequadas à criança de acordo com cada faixa etária e família respeitando as suas crenças e cultura.

A comunicação em enfermagem é um elemento-chave na construção de uma relação terapêutica segura e eficaz. A comunicação em enfermagem configura-se como uma prática relacional que transcende o ato comunicativo em si, constituindo-se como elemento estruturante entre profissionais de saúde, a criança e sua família. A comunicação estabelecida entre enfermeiro, criança e família é de extrema relevância, sendo influenciada tanto pelas dinâmicas organizacionais da instituição de saúde quanto pela qualidade do vínculo profissional construído com a criança, considerada sujeito central do cuidado (Martinez, et al., 2013).

Assim, a comunicação constitui-se como um dos principais desafios na prática dos enfermeiros que prestam cuidados à criança e à sua família.

Nos diferentes contextos de estágio, **aprofundei significativamente a competência de comunicação**, reconhecida como uma das bases da prática especializada na área.

Na UCIN, **reconheci a importância da comunicação** na mediação entre a complexidade clínica dos recém-nascidos e a ansiedade sentida pelos pais. Ao acolher dúvidas, explicar procedimentos e validar emoções, **contribuí para criar um ambiente de confiança**, essencial para a continuidade dos cuidados. No serviço de urgência pediátrica, em situações de instabilidade clínica, **a comunicação assertiva e simultaneamente acolhedora** revelou-se essencial para

tranquilizar os cuidadores e garantir a sua participação no processo assistencial, mesmo perante contextos de elevada pressão. Nos cuidados de saúde primários, tive oportunidade de **utilizar a comunicação como instrumento educativo**, nomeadamente na promoção da parentalidade positiva, na abordagem preventiva e na clarificação de sinais de alarme, recorrendo a recursos ajustados ao nível de literacia em saúde de cada família.

Adaptar a forma de comunicar à faixa etária da criança e às necessidades dos pais permite não só melhorar a compreensão e aceitação dos cuidados prestados, como também reforçar o vínculo e a humanização do cuidado.

A literatura destaca a necessidade de uma abordagem comunicacional centrada na criança, respeitando o seu nível de desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Em pediatria, a comunicação levanta desafios acrescidos, não só pelas diversas faixas etárias que apresenta, mas também por envolver uma relação triade: a criança, família e o profissional de saúde (Thestrup, et al., 2024).

Coyne et al. (2018) reforçam a importância de envolver a criança e jovem no processo de decisão, valorizando a sua autonomia, especialmente na adolescência (Coyne, et al., 2016).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, pude **aplicar e aprofundar esta competência** de forma diferenciada. Num episódio marcante na UCIN, **recorri ao método canguru e à leitura do comportamento do recém-nascido** para orientar os pais sobre os sinais de autorregulação e desconforto, facilitando o seu envolvimento no cuidado e fortalecendo a comunicação não verbal entre a triade enfermeiro–pais–bebé. No SUP, **acompanhei uma adolescente com dor abdominal intensa** que, inicialmente, mostrava resistência à abordagem clínica. **Através de uma comunicação centrada na escuta ativa, respeito pela privacidade e validação emocional**, consegui estabelecer uma relação de confiança, permitindo a realização de todos os cuidados necessários com a sua colaboração. Já nos Cuidados de Saúde Primários, **dinamizei momentos de interação com crianças em idade pré-escolar** através do recurso a materiais

lúdicos e narrativas adaptadas, nomeadamente durante as consultas de saúde infantil, o que facilitou a aceitação da intervenção e reduziu a ansiedade associada ao ambiente clínico.

Com os recém-nascidos e lactentes, a comunicação é essencialmente não verbal, exigindo do enfermeiro uma escuta sensível ao comportamento, ao tónus muscular, à expressão facial e aos padrões de autorregulação da criança. Durante o estágio na UCIN, **reconheci que gestos como o fechar das mãos, o franzir da testa ou o choro agudo** são formas ativas de comunicação que exigem resposta imediata e ajustada. O toque, o tom de voz suave e o contacto visual direto demonstraram ser ferramentas eficazes para promover conforto, estabilidade fisiológica e ligação afetiva. Esta abordagem está em consonância com os princípios do modelo NIDCAP, que preconiza cuidados individualizados, sensíveis aos sinais comportamentais do recém-nascido, e promotora do seu desenvolvimento neurocomportamental (Izidoro, 2014).

Na idade pré-escolar, o brincar assume um papel central na comunicação (Wilson, et al., 2023).

Desta forma, no cuidado a crianças desta faixa etária, **recorri a brinquedos significativos e a materiais lúdicos como instrumentos de mediação da comunicação com a criança**, facilitando a partilha de emoções, medos e necessidades, sobretudo em contextos potencialmente geradores de ansiedade.

Com as crianças em idade escolar, **expliquei todos os procedimentos** com recurso a uma linguagem simples e clara, ajustada a curiosidade crescente de cada um. Dei também a oportunidade de colocarem questões e de os informar detalhadamente o que iria fazer, antes de fazer (Wilson, et al., 2023).

Sempre que possível, **ofereci à criança a possibilidade de colocar questões**, promovendo um espaço seguro onde o medo podia ser traduzido em palavras. Percebi que, ao antecipar cada etapa do procedimento e ao esclarecer dúvidas de forma empática, a criança colaborava mais ativamente e sentia-se respeitada, o

que contribuiu para uma experiência mais positiva através da redução de ansiedade.

Relativamente à comunicação com os adolescentes, foi a faixa etária que considero mais desafiante, mas também uma das faixas etárias com as quais consigo estabelecer facilmente uma relação terapêutica. **Priorizei a escuta ativa, respeitando a sua autonomia e confidencialidade. Mostrei abertura e confiança, valorizando o que mostravam estar a sentir.**

A comunicação com a família da criança é também uma dimensão importante na prática pediátrica, não apenas para garantir a segurança clínica, mas para criar uma relação terapêutica baseada na confiança, na empatia e na partilha de decisões.

Compreendi que comunicar com os pais em pediatria implica mais do que informar, exige interpretar, acolher e adapta (Zeidani, et al., 2023). O primeiro passo foi o **aprimoramento da escuta ativa**, uma competência essencial para reconhecer preocupações, dúvidas e expectativas dos cuidadores. Esta escuta não se limita à audição das palavras, mas envolve a leitura do tom de voz, das expressões faciais e da linguagem corporal, permitindo uma comunicação verdadeiramente empática (Zeidani, et al., 2023).

Esta competência foi desenvolvida e aplicada em diversos contextos de estágio. Na UCIN, **tive oportunidade de acolher uma mãe visivelmente angustiada** perante a intubação do seu filho recém-nascido. Em vez de repetir termos técnicos, optei por uma **explicação pausada, com vocabulário acessível, complementada por apoio emocional, validando a sua angústia** e reforçando que a presença dela junto do filho era uma forma de cuidado insubstituível. No SUP, quando um pai demonstrou resistência à administração de terapêutica inalatória por aerossol, percebi através do seu tom de voz que havia desconhecimento quanto ao funcionamento do equipamento. Em resposta, **utilizei o inalador numa boneca e deixei-o experimentar o dispositivo**, promovendo o seu envolvimento e dissipando dúvidas de forma prática. Já nos

CSP, durante a vigilância do primeiro mês de vida, uma mãe questionava-se sobre o comportamento do bebê. Ao invés de dar respostas imediatas, **estimulei-a a partilhar o seu quotidiano com a criança, identifiquei padrões normais e reforcei sinais de alerta**, o que contribuiu para o seu empoderamento enquanto cuidadora. Estes momentos reforçaram a importância da escuta ativa como uma ferramenta de proximidade, segurança e responsabilização no processo de cuidado à criança.

Outra competência que desenvolvi foi a capacidade de adaptação da linguagem às diferentes realidades familiares. Tanto em contexto hospitalar como em contexto de cuidados de saúde primários, **enfrentei situações com familiares e cuidadores** com níveis variados de literacia em saúde. Estas situações levaram-me a **trabalhar a minha capacidade de desenvolver um discurso adaptado às necessidades de cada família. Desenvolvi assim, uma linguagem clara, objetiva e acessível**, sem simplificar em excesso nem desrespeitar a capacidade de compreensão (King, et al., 2015).

Em contexto hospitalar, durante o estágio no SUP, **acompanhei o caso de uma criança com diagnóstico de bronquiolite**. Ao perceber que os cuidadores não compreendiam termos como "obstrução das vias aéreas" ou "saturação periférica de oxigénio", **reformulei a explicação utilizando analogias simples**, como "o ar tem dificuldade em entrar e sair, como se os canais estivessem apertados", e demonstrei com uma boneca como a medicação ajudava a "abrir os canais para respirar melhor". Nos CSP, ao realizar a vigilância de um bebê de seis meses, constatei que os avós, principais cuidadores, demonstravam incertezas face à diversificação alimentar. **Evitei o uso de linguagem técnica e recorri a exemplos práticos, como mostrar imagens de porções adequadas e explicar os sinais de prontidão alimentar de forma concreta**. Já na UCIN, perante uma família migrante com dificuldades de compreensão do português, **utilizei um discurso pausado, com reforço visual, respeitando sempre o ritmo da comunicação e confirmando a compreensão**. Estas experiências demonstraram que a

comunicação eficaz exige não só domínio técnico, mas também uma capacidade contínua de escuta, adaptação e validação do outro, assegurando a compreensão. Esta intervenção favorece a retenção de informação, reduz a ansiedade e aumenta a adesão ao plano de cuidados (King, et al., 2015).

Nos diferentes contextos, pude reforçar competências relacionadas com a criação e manutenção de uma relação terapêutica com os pais, através da validação de emoções, reconhecimento do papel da família e da valorização da importância da sua inclusão no processo de tomada de decisão.

Na UCIN, presenciei o impacto emocional vivido por uma mãe cujo filho necessitava de ventilação invasiva. Vi colegas mais experientes reconhecerem a sua dor sem precipitar juízos ou tranquilizações vazias, o que me fez refletir sobre a importância de acolher sem minimizar. Inspirada por esta prática, sentei-me com essa mãe em diversos momentos, **ouvi os seus receios e expliquei com clareza** o que observávamos na evolução clínica do seu bebé. Na urgência pediátrica, perante o internamento inesperado de uma criança com diabetes tipo 1, **incentivei os pais a partilharem** as suas dúvidas e medos, **e fui clarificando** progressivamente, em conjunto com a equipa, os passos da abordagem terapêutica. **Reforcei** que as suas decisões e opiniões eram fundamentais, promovendo o seu envolvimento no plano de cuidados. Já nos CSP, durante a vigilância de um recém-nascidos, **valorizei sempre a presença dos dois progenitores e procurei incluir ambos na avaliação e nas orientações, reforçando o papel ativo da família no bem-estar da criança.** Estas experiências permitiram-me compreender que a relação terapêutica com os pais não se constrói apenas com informação técnica, mas sobretudo com respeito mútuo, empatia e abertura à promoção do cuidado.

No âmbito da competência de comunicação, aprofundei também estratégias culturalmente sensíveis, fundamentais para estabelecer um diálogo eficaz com famílias de diferentes contextos sociais e religiosos (Golsäter , et al., 2022).

No SUP, acompanhei uma criança de origem africana cuja família demonstrava resistência à realização da técnica de algaliação, após alterações observadas na urina colhida através de saco coletor. Perante esta situação, **utilizei** uma abordagem aberta e respeitosa, **ouvindo atentamente as preocupações** da mãe e **explicando** de forma clara todo o procedimento e a sua importância, procurando construir confiança mútua. Na UCIN, prestei cuidado a um recém-nascido de origem muçulmana acompanhado pela mãe e pela avó. **Identifiquei que a mãe evitava o contacto direto com os profissionais do sexo masculino.** Desta forma, **comuniquei com a minha enfermeira tutora e articulei com a equipa** a continuidade dos cuidados por uma enfermeira, respeitando os princípios religiosos da família sem comprometer a segurança clínica.

A capacidade de não julgar e procurar empaticamente compreender o ponto de vista do outro foi essencial para estabelecer relações terapêuticas eficazes. Esta competência tornou-se particularmente importante no contacto com famílias migrantes, onde o respeito pelas práticas tradicionais e a adaptação dos cuidados, tiveram um papel crucial na aceitação das intervenções propostas (Golsäter , et al., 2022).

Desenvolvi ainda competências de gestão de emoções em contextos de crise, sobretudo no contexto de cuidados intensivos neonatais, onde adotei uma postura calma, empática e clara, mesmo quando era necessário comunicar más notícias.

Recordo em particular o caso de um recém-nascido admitido por cianose inexplicada nas primeiras horas de vida, em que posteriormente foi identificado um quadro de cardiopatia congénita complexa sem diagnóstico pré-natal. O agravamento clínico foi rápido e exigiu intubação, colocação de cateter umbilical e estabilização hemodinâmica. Esta situação inesperada gerou muitas emoções negativas nesta nova família. Nesse momento, tentei manter uma postura serena e posteriormente, em conjunto com a minha enfermeira tutora, **acolhemos os pais** num espaço reservado, **explicamos** com uma linguagem acessível os

cuidados imediatos e **respondemos** a questões e preocupações. Esta experiência evidenciou a importância da autorregulação emocional do enfermeiro em cenários críticos e da comunicação empática como ferramenta essencial para apoiar a família num momento inesperado e de elevado sofrimento.

Considero que estas intervenções foram cruciais para manter a confiança dos pais e no estabelecimento da relação terapêutica.

Através das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio, considero ter desenvolvido de forma significativa a competência de demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e a sua família. A prática da escuta ativa, a adaptação da linguagem ao nível de desenvolvimento e de literacia em saúde, o uso de estratégias lúdicas e visuais, e a comunicação em situações de crise foram instrumentos que integrei de forma intencional e fundamentada na minha intervenção. Além disso, fui consolidando a capacidade de estabelecer relações terapêuticas pautadas pelo respeito pelas crenças, valores e práticas culturais de cada família, através de uma postura de empatia, abertura e não julgamento. Estas vivências permitiram-me compreender que a comunicação não é apenas uma competência técnica, mas uma dimensão profundamente humana, relacional e ética, essencial para a construção de cuidados seguros, individualizados e verdadeiramente centrados na criança e na sua rede familiar.

Competências:

- ⇒ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- ⇒ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- ⇒ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências na abordagem a situações imprevistas e complexas na assistência especializada ao RN/ Criança/ adolescente e família.

A prestação de cuidados especializados em enfermagem pediátrica envolve frequentemente a atuação em contextos imprevisíveis e de elevada complexidade, exigindo do enfermeiro especialista competências técnicas, emocionais e relacionais, sustentadas por pensamento crítico, capacidade de decisão rápida e adaptação contínua. De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) deve intervir em situações de especial complexidade, adotando uma prática reflexiva, centrada na criança/jovem e na família, baseada na evidência e na colaboração interprofissional (Ordem dos enfermeiros, 2018).

Neste sentido, o estágio realizado no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) proporcionou-me contextos concretos de elevada imprevisibilidade e exigência clínica, nos quais fui desafiada a aplicar e desenvolver competências críticas na avaliação e intervenção em situações agudas. A natureza dinâmica e imprevisível do ambiente de urgência exigiu que pensasse e atuasse de forma célere, mas fundamentada, colocando em prática o raciocínio clínico, a priorização de cuidados e a comunicação eficaz com crianças, famílias e equipa. Um dos momentos em que pude exercitar de forma evidente estas competências foi na **realização de triagem segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM)**, cuja prática, supervisionada, potenciou o desenvolvimento do meu espírito crítico e da capacidade de decisão em cenários complexos.

Em Portugal, a triagem em contexto de urgência é da responsabilidade dos enfermeiros, sendo um momento-chave na avaliação inicial da criança e da organização do atendimento. No SUP onde estagiei, o sistema de triagem utilizado era o STM, amplamente implementado em território nacional e

recomendado pela Direção-Geral da Saúde. (Direção Geral de Saúde, 2018) Este sistema é baseado em algoritmos clínicos informatizados, no software ALERT, e atribui ao utente uma prioridade clínica através da identificação da queixa principal e da aplicação de critérios discriminadores, com base nos sinais e sintomas apresentados, classificando a situação numa de cinco categorias: vermelho (emergente – 0 min), laranja (muito urgente – 10 min), amarelo (urgente – 60 min), verde (pouco urgente – 120 min) e azul (não urgente – 240 min) (Direção Geral de Saúde, 2018).

Durante o estágio, **participei na realização de triagem sob a supervisão da minha enfermeira tutora.** Embora inicialmente sentisse insegurança quanto à escolha do fluxograma mais adequado e à aplicação dos discriminadores, esta prática permitiu-me desenvolver competências de observação clínica, avaliação rápida e tomada de decisão fundamentada, potenciando o meu espírito crítico. Com o tempo, ganhei maior autonomia na identificação da queixa principal, na aplicação do algoritmo e na comunicação eficaz com os cuidadores, explicando o tempo de espera previsto e reforçando que o critério de atendimento seria a gravidade clínica e não a ordem de chegada. Informava ainda que, perante qualquer alteração no estado da criança, poderiam solicitar nova avaliação, promovendo o empoderamento da família.

A realização de triagem levou-me também a **refletir criticamente sobre a adequação do STM à realidade pediátrica.** Em discussão com os colegas do SUP e após análise da norma da DGS (2018), questionei até que ponto este sistema, desenvolvido inicialmente para adultos, seria verdadeiramente ajustado às especificidades clínicas, emocionais e comunicacionais da população pediátrica. Esta reflexão foi ainda mais estimulada pelo facto de, no meu local de trabalho, estar implementado o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (CPTAS), um sistema exclusivamente pediátrico, com o qual tenho contacto direto e que me permitiu comparar práticas e critérios. Este sistema organiza a triagem em três etapas fundamentais: a impressão clínica inicial, baseada no triângulo de

avaliação pediátrica; a avaliação da queixa principal; e a análise dos sinais vitais ajustados à idade, integrando fatores de risco e o grau de dor como elementos centrais na definição da urgência (Direção Geral de Saúde, 2018).

A comparação entre estes dois modelos despertou em mim uma postura mais reflexiva em relação as ferramentas que utilizamos em enfermagem. Percebi que, embora o STM seja um sistema validado e funcional, pode não responder de forma tão sensível às especificidades do estado clínico da criança, sobretudo em casos em que os sinais são subtis ou a verbalização é limitada. Compreendi que a triagem, apesar de muitas vezes percecionada como uma tarefa rotineira, é, na verdade, um momento crítico de priorização que exige julgamento clínico, responsabilidade ética e sensibilidade relacional. Foi neste exercício de análise, comparação e reflexão que percebi o quanto estava a consolidar o meu espírito crítico, reconhecendo a importância de pensar, questionar e ajustar a prática em função das reais necessidades da criança e da família.

Para além da avaliação inicial realizada na triagem, o estágio no SUP confrontou-me com situações de emergência clínica que exigiram não apenas a aplicação imediata de protocolos, mas também raciocínio crítico e reflexão ativa. Em contextos de urgência, é fundamental tanta rapidez quanto fundamentação. O método ABCDE (via aérea, ventilação, circulação, estado neurológico, exposição) é amplamente reconhecido como a estratégia mais eficaz para a avaliação inicial do doente crítico, permitindo identificar e tratar problemas que ameaçam a vida pela ordem de prioridade (Thim , et al., 2012).

Durante o estágio no SUP, tive contacto com uma situação de emergência clínica particularmente exigente: o atendimento a uma criança com hemorragia pós-amigdalectomia. A criança foi admitida com a queixa de vômito com sangue, palidez acentuada e prostração. À entrada no serviço, apresentava-se com taquicardia, extremidades frias e sudorese, tendo sido imediatamente priorizada com pulseira vermelha na triagem. Sob orientação direta da minha enfermeira tutora e em articulação com a equipa médica, participei na abordagem da criança

segundo o protocolo ABCDE. Juntas, **garantimos a permeabilidade da via aérea e iniciámos oxigenoterapia de alto débito com máscara facial. Procedemos à monitorização contínua dos sinais vitais e colaborámos na punção de dois acessos venosos periféricos calibrosos, através dos quais foi iniciada a reposição volémica com soro fisiológico e administração de fármacos de acordo com as orientações da equipa médica e de acordo com as orientações clínicas para o tratamento de choque em idade pediátrica** (Thim , et al., 2012). Durante todo o processo, **mantivemos uma vigilância rigorosa, preparando a criança para eventual encaminhamento cirúrgico e transferência.**

Esta situação exigiu da nossa parte uma resposta célere, tecnicamente segura e permanentemente ajustada à evolução clínica. Embora estivesse em contexto de aprendizagem, fui desafiada a interpretar sinais clínicos rapidamente, a antecipar necessidades e a refletir, em tempo real, sobre a eficácia das intervenções em curso. Trabalhar em estreita colaboração com a minha tutora permitiu-me consolidar a importância do trabalho em equipa e da supervisão clínica na construção do espírito crítico e da segurança em contextos de elevada complexidade. Compreendi que a atuação em emergência não se limita à execução de protocolos, mas exige uma leitura contínua da situação, fundamentada e partilhada entre os profissionais envolvidos.

A par das situações de emergência clínica, fui também confrontada com contextos de elevada complexidade, que exigiram uma abordagem diferente, mas igualmente desafiante. A imprevisibilidade e a gravidade nem sempre se traduzem em instabilidade hemodinâmica, por vezes, manifestam-se em forma de sofrimento psíquico profundo, como pude experienciar em situações relacionadas com a saúde mental de adolescentes. Estas experiências colocaram-me perante desafios éticos, emocionais e relacionais, em que o pensamento crítico e a capacidade de escuta se tornaram determinantes. Assim, durante o estágio no SUP, fui confrontada com uma situação clínica que me levou a refletir profundamente sobre a complexidade da saúde mental na adolescência. Um

adolescente de 15 anos foi admitido após ingestão medicamentosa voluntária de vários comprimidos de uso domiciliário, em contexto de conflito familiar. O jovem apresentava-se lúcido, mas visivelmente angustiado, com discurso incoerente e muito nauseado. Esta situação, embora clinicamente estável, constituiu uma emergência emocional e relacional, exigindo da equipa uma abordagem sensível, ponderada e colaborativa. De acordo com a UNICEF (2021), os profissionais de saúde devem estar preparados para responder de forma sensível e estruturada às perturbações mentais nesta faixa etária, promovendo o bem-estar emocional com base em estratégias de comunicação empática e em abordagens integradas (UNICEF, 2021).

Esta situação confrontou-me com uma realidade emocionalmente exigente e imprevisível. Com o apoio da minha enfermeira tutora, **participei ativamente na vigilância do estado neurológico do adolescente, monitorização de sinais vitais, colheita de análises, exames complementares, preparação de terapêutica e no apoio à família.** Contudo, foi no contacto humano que percebi o verdadeiro desafio: identificar sinais não verbais, adaptar a linguagem ao momento de crise e responder com empatia, sem invadir ou desvalorizar. Esta experiência levou-me a refletir sobre a importância do cuidado centrado na pessoa e ajustado à sua dor emocional, nem sempre visível, mas profundamente presente.

Ao discutir o caso com a equipa, compreendi como fatores como a dinâmica familiar, o isolamento emocional e a pressão social influenciam comportamentos como a ingestão voluntária de fármacos, muitas vezes sem intencionalidade suicida explícita. De acordo com Gomes (2021), estes comportamentos refletem uma tentativa de autorregulação emocional desorganizada e requerem uma resposta terapêutica centrada no vínculo, na contenção e no encaminhamento adequado (Gomes, 2021).

Esta vivência foi fundamental para consolidar a minha capacidade de pensar criticamente em situações de elevada complexidade emocional. Percebi que, para além da intervenção clínica imediata, o meu papel inclui criar espaço para o

acolhimento da dor, mediar a comunicação com a família e colaborar com os profissionais de saúde mental. Esta atuação integrada pode ser determinante para interromper ciclos de sofrimento e devolver ao jovem um sentimento de segurança e pertença.

Durante o meu estágio na UCIN também fui confrontada com situações de elevada complexidade que exigiram não apenas conhecimento técnico, mas também pensamento crítico, capacidade de observação clínica apurada e uma abordagem sensível ao desenvolvimento e à família.

A UCIN é um contexto de prática altamente especializado e exigente, caracterizado por cuidados intensivos a recém-nascidos prematuros com imaturidade fisiológica e múltiplas patologias complexas. Estes RN enfrentam desafios associados à ventilação mecânica, vulnerabilidade hemodinâmica, regulação térmica prejudicada e risco elevado de displasia broncopulmonar ou infecções (Guimarães, 2015). Neste ambiente, o cuidado não se limita a procedimentos técnicos, mas também à presença constante de estímulos ambientais como luz intensa, ruído e manipulação, que podem causar stress neurobiológico que interfere no neurodesenvolvimento do RN (Westrup, 2007). Desta forma, o contacto com RN em contexto de ventilação invasiva e não invasiva, com necessidade de cuidados intensivos e tecnologia avançada, constituiu um desafio que contribuiu significativamente para o desenvolvimento das minhas competências. **Tive oportunidade de prestar cuidados a recém-nascidos com ventilação invasiva, colaborando na aspiração de secreções em circuito fechado e na vigilância rigorosa dos sinais de instabilidade.** Estas práticas, sempre supervisionadas pela minha enfermeira tutora, exigiram-me conhecimentos sobre modos ventilatórios e os riscos fisiológicos próprios de neonatos com imaturidade pulmonar.

A aspiração de secreções em recém-nascidos submetidos à ventilação mecânica é um procedimento de elevada complexidade técnica e clínica, exigindo habilidade técnica apurada e vigilância constante. Este ato, embora rotineiro, envolve risco

significativo: pode desencadear hipoxemia, bradicardia, atelectasias, hipertensão intracraniana e até paragem cardíaca, sobretudo quando as técnicas adequadas não são aplicadas rigorosamente (MSc, et al., 2024). Com base nesta evidência, tornei-me mais consciente da responsabilidade técnica envolvida. **Aprendi a limitar o tempo de aspiração, a controlar manualmente a pressão negativa e a dirigir a profundidade da aspiração** com base em sinais como bradicardia e dessaturação. Este conhecimento orientou a minha prática e reforçou o meu espírito crítico. Percebi que cada aspiração é um momento de decisão clínica e não apenas um procedimento técnico, exigindo a articulação entre conhecimento científico e atenção constante à resposta do RN.

Durante o estágio na UCIN, tive também a oportunidade de prestar cuidados de higiene a recém-nascidos submetidos a ventilação mecânica invasiva. Este processo revelou-se significativamente mais complexo do que previa inicialmente, exigindo não só conhecimentos técnicos rigorosos, mas também uma capacidade refinada de observação e adaptação contínua às respostas do recém-nascido. A presença do tubo endotraqueal, de cateteres umbilicais e de múltiplos cabos de monitorização impunha limitações à manipulação do corpo do RN, exigindo movimentos delicados e coordenados para evitar desestabilizações hemodinâmicas ou acidentes como a extubação acidental.

Assim, **participei na realização do banho por partes, dentro da incubadora, utilizando compressas embebidas em água a 37°C**, respeitando as normas da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014) e a evidência mais recente. Esta técnica, embora aparentemente simples, exigia uma constante vigilância dos sinais vitais e um planeamento minucioso para garantir a manutenção da estabilidade térmica e fisiológica do recém-nascido. Aprendi que cada toque, cada manipulação, tem impacto no conforto e na autorregulação do bebé, sendo essencial reduzir ao máximo o tempo de exposição, o ruído e a estimulação excessiva. Previamente ao banho, **observei sinais comportamentais como tónus muscular, expressão facial e estabilidade respiratória, respeitando o ritmo de**

sono/vigília do recém-nascido. O tempo total de intervenção foi limitado a cinco minutos, conforme as recomendações da literatura, para minimizar o stress fisiológico (Fernández, et al., 2018).

Este tipo de intervenção obrigou-me a refletir sobre a importância do conhecimento profundo da fisiologia neonatal e da fragilidade extrema dos RN internados na UCIN. Neste contexto, compreendi a importância de agrupar cuidados, estratégia amplamente preconizada pelo programa NIDCAP, e de garantir um ambiente o mais estável possível para promover o neurodesenvolvimento.

O modelo NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) foi desenvolvido por Heidelise Als nos anos 80, com o objetivo de minimizar o impacto negativo do ambiente da UCIN no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo (RNPT). Este modelo baseia-se na premissa de que o ambiente extrauterino representa um estímulo excessivo e desorganizador para o cérebro imaturo do prematuro, sendo por isso fundamental adaptar os cuidados prestados à sua individualidade e ao seu estado de autorregulação (Guimarães, 2015).

O NIDCAP propõe uma abordagem integrada e contínua de observação do comportamento do RN: sinais de stress, autorregulação e estabilidade, de forma a orientar a intervenção do profissional de saúde. Este cuidado individualizado é centrado no desenvolvimento neurológico e emocional do RN e defende o envolvimento ativo da família, promovendo o vínculo afetivo e a parentalidade precoce. A filosofia NIDCAP inclui a gestão ambiental (controlo de ruído, luz e temperatura), a organização do posicionamento, o agrupamento de cuidados, o respeito pelos ciclos de sono, a minimização da dor e a promoção do contacto pele a pele (Guimarães, 2015).

Durante o estágio na UCIN, tive também a oportunidade de cuidar de um recém-nascido pré-termo de 30 semanas, com ventilação não invasiva. Num turno de manhã, **planeei com a minha enfermeira tutora uma intervenção de higiene e**

monitorização clínica respeitando integralmente os princípios do modelo NIDCAP. Antes de começar, **observei cuidadosamente os sinais comportamentais do bebé:** expressão facial, postura, cor, padrão respiratório e movimentos de auto-organização, para avaliar o seu estado de prontidão. A box encontrava-se com luz reduzida e mínimo ruído ambiental possível, assegurando um ambiente estável. **Posteriormente agrupei os cuidados essenciais:** monitorização de sinais vitais, higiene e mudança de fralda, num único momento, evitando manipulações repetidas e fragmentadas. Respeitei o ciclo de sono-vigília, aguardando que o RN apresentasse um estado de alerta tranquilo, e posicionei-o de forma contida e lateralizada, com recurso a um ninho, promovendo o alinhamento postural. Durante os cuidados, **mantive o contacto verbal suave, sempre atenta aos sinais de stress e ajustando a minha intervenção em função das respostas do RN.** Finalizada a prestação, **estimulei o contacto pele a pele com a mãe,** previamente preparado, favorecendo a estabilização fisiológica e o reforço do vínculo afetivo.

Esta experiência **permitiu-me compreender, na prática, o impacto positivo da observação atenta, do planeamento e da individualização dos cuidados no bem-estar do RN.** Mais do que executar tarefas, senti que estava a intervir de forma sensível e promotora de neurodesenvolvimento, respeitando o ritmo, a maturidade e a individualidade daquele RN. Reconheci que o NIDCAP não é apenas uma metodologia, mas uma filosofia que exige atenção plena, escuta ativa do corpo do recém-nascido e envolvimento da família como parceira nos cuidados, mesmo que por vezes sejam complexos.

No âmbito do estágio em CSP, tive também a oportunidade de **participar ativamente nas reuniões do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR),** o que constituiu uma vivência particularmente desafiante e marcante, enquadrada na competência de abordar situações complexas na assistência à criança e à família.

Os maus-tratos a crianças e jovens configuram uma realidade complexa, multidimensional e frequentemente silenciosa, que requer uma atuação precoce e interdisciplinar. A Organização Mundial de Saúde, define os maus-tratos infantis como "todas as formas de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou exploração comercial ou de outro tipo que resultem em dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança" (Organização Mundial de Saúde, 2020).

De acordo com o relatório estatístico mais recente das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), em 2023 foram movimentados 84.196 processos de promoção e proteção, representando um aumento de 7,7% face ao ano anterior, sendo a negligência, a exposição a comportamentos desviantes e a violência doméstica os motivos de sinalização mais prevalentes (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2024).

O contexto dos CSP, pela sua proximidade com a comunidade e com os determinantes sociais da saúde, é privilegiado para a identificação precoce de fatores de risco e para a ativação da rede de proteção. O EESIP assume aqui um papel fundamental. Detentor de competências específicas no domínio da vigilância do desenvolvimento, avaliação familiar e promoção de ambientes seguros, cabe-lhe estar atento a indicadores físicos, comportamentais e relacionais que possam configurar sinais de risco. A referenciação de uma situação de suspeita não implica um juízo acusatório, mas sim a atuação responsável e proativa na proteção dos direitos da criança, conforme preconiza a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, que obriga os profissionais a comunicar, de forma fundamentada, qualquer situação de perigo de que tenham conhecimento (Ministério da República, 1999). A participação nas reuniões revelou-se assim, uma experiência desafiante e enriquecedora. O núcleo era constituído por uma enfermeira EESIP e uma assistente social.

Na prática, pude observar a complexidade que envolve a análise de cada situação sinalizada. As reuniões eram organizadas com base em casos concretos, geralmente sinalizados por profissionais da saúde escolar, assistentes sociais ou elementos da própria USF. Cada caso era discutido de forma detalhada, tendo em consideração os dados disponíveis: clínicos, escolares, sociais, assim como relatos de profissionais que acompanham diretamente a criança e a família. A atuação do núcleo é pautada por uma lógica de rede, na qual a partilha de informação entre instituições é essencial para a construção de uma resposta eficaz, mas que deve ser sempre regida pela confidencialidade e respeito pela privacidade. Como aluna, **adotei inicialmente uma postura de escuta ativa e observação reflexiva**, o que me permitiu compreender a dinâmica colaborativa e a delicadeza das decisões tomadas. Com o evoluir da minha participação, fui convidada a **partilhar a perspectiva da equipa de enfermagem sobre algumas crianças**, nomeadamente no que respeita a sinais de desnutrição, higiene precária ou alterações comportamentais. **Constatai que mesmo sinais subtis podem ser cruciais para a tomada de decisão**, e que o enfermeiro deve saber reconhecer indicadores precoces de risco, como mudanças no padrão de crescimento, absentismo escolar frequente ou baixo rendimento escolar.

A atuação do NACJR articula-se com a legislação em vigor, nomeadamente a Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, que determina a responsabilidade dos profissionais na comunicação de situações de perigo à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou, nos casos mais graves, ao Ministério Público. Esta obrigação legal transcende o dever ético, exigindo ao profissional de saúde uma postura ativa e fundamentada (Ministério da República, 1999). Esta experiência **permitiu-me compreender, de forma concreta, o papel ativo que o enfermeiro** pode e deve assumir na sinalização e referenciação de crianças em risco, bem como a importância da intervenção precoce e multidisciplinar.

Em síntese, a participação nas reuniões do NACJR foram mais do que uma observação, foram uma imersão numa realidade complexa, onde a atuação

especializada do EESIP é indispensável para a promoção dos direitos da criança e a interrupção de ciclos de risco. Este contexto reforçou a importância de uma atuação crítica, fundamentada e articulada, posicionando o EESIP como um profissional essencial na defesa e proteção de crianças e jovens em risco.

As aprendizagens mencionadas nos contextos da UCIN, SUP e CSP, foram determinantes para o desenvolvimento de competências na abordagem a situações imprevistas e complexas na assistência especializada ao recém-nascido, criança, adolescente e família. A diversidade e exigência dos cenários clínicos permitiram-me aprofundar a capacidade de análise, tomada de decisão fundamentada e adaptação a realidades inesperadas, promovendo uma atuação autónoma, crítica e centrada nas necessidades singulares de cada pessoa e contexto.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências na gestão e controlo da dor da criança/jovem.

A dor em pediatria é uma experiência subjetiva e multidimensional que exige uma abordagem rigorosa, sistemática e, acima de tudo, humanizada. A avaliação da dor é particularmente desafiadora em crianças, uma vez que pode apresentar-se de formas muito diversas e, muitas vezes, difícil de quantificar devido à idade, desenvolvimento cognitivo, capacidade de comunicação e características emocionais da criança. Neste sentido, o EESIP desempenha um papel essencial na identificação, avaliação e gestão da dor, sempre com base em práticas fundamentadas e seguidas da evidência científica mais recente (Kozłowski, et al., 2014).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) em Portugal reforça, através da Norma nº 009/2018, que a dor deve ser considerada como o "5.º sinal vital", sendo fundamental a monitorização sistemática e contínua da dor em qualquer criança hospitalizada. Esta norma define claramente que a avaliação da dor deve ser feita regularmente e a sua intensidade monitorizada após a aplicação de qualquer

intervenção analgésica, promovendo uma abordagem holística e o acompanhamento contínuo do estado da criança (Direção geral de Saúde, 2010). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2010), a utilização de escalas validadas e apropriadas ao estágio de desenvolvimento da criança é essencial para garantir uma avaliação fiável da dor e orientar a decisão clínica (Direção geral de Saúde, 2010).

No contexto da UCIN, os recém-nascidos são submetidos diariamente a múltiplos procedimentos potencialmente dolorosos como punções capilares, aspirações, entubações em fases muito prematuras. Essas experiências acontecem durante um período crítico do neurodesenvolvimento, em que o sistema nervoso imaturo torna os RN hiperalgésicos, com sensibilização aumentada e potenciais sequelas prolongadas na percepção da dor, desenvolvimento sensório-motor e comportamento (Williams, et al., 2020).

No serviço onde realizei estágio, a escala utilizada sistematicamente era a NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Contudo, conforme salientado em revisões da literatura científica, a NIPS não é recomendada para bebés em ventilação assistida, por não incluir parâmetros fisiológicos ou adaptar-se à imaturidade neurocomportamental destes RN. Para esses casos, escalas como a N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale) ou a PIPP-R (Premature Infant Pain Profile – Revised) são mais adequadas, já que incorporam variáveis como frequência cardíaca, saturação, idade gestacional e expressão facial, proporcionando uma avaliação sensível e adaptada às condições clínicas dos recém-nascidos ventilados (Castagno, et al., 2022).

Apesar desta limitação, **utilizei a NIPS** de forma reflexiva e criteriosa, **aplicando-a com atenção às suas restrições**. Apliquei a escala sobretudo em bebés com respiração espontânea durante procedimentos como punções venosas e aspiração de secreções.

No controlo da dor **apliquei medidas não farmacológicas** como administração de sacarose oral, sucção não nutritiva, contenção com posicionamento em ninho

e minimização de estímulos ambientais, promovidas em contexto de cuidado individualizado e antecipatório, baseadas no modelo NIDCAP. Em situações de maior gravidade, como pós-operatório de cirurgias abdominais, **suportei-me em analgesia contínua com opioides, sob monitorização cuidadosa, com avaliação da dor a cada 4 horas de acordo com o preconizado pela DGS** (Direção Geral de Saúde, 2012).

Com esta experiência **desenvolvi um olhar clínico atento e reflexivo**, integrando conhecimento técnico e capacidade de adaptação às ferramentas disponíveis. Compreendi que a gestão eficaz da dor neonatal exige uma prática informada e ética, centrada no conforto do RN e no equilíbrio entre limitações instrumentais e decisões fundamentadas.

No SUP, também contactei com múltiplas situações em que a dor era um sintoma predominante e exigia uma abordagem rápida, segura e centrada na criança. No serviço onde estagiei, estava implementado um protocolo de analgesia em triagem, que previa a administração precoce de paracetamol ou ibuprofeno oral ou retal, consoante o peso da criança, em casos de dor ligeira a moderada ou febre. Esta medida permitia iniciar o alívio do desconforto logo na admissão.

Na avaliação da dor, **utilizei escalas adaptadas à faixa etária e capacidade de comunicação da criança**: a escala FLACC até aos 4 anos ou crianças não verbais; a Escala de Fácies (EF), entre os 3 e os 7 anos; e a Escala Numérica, em crianças com mais de 7 anos e com desenvolvimento adequado à escala (Direção Geral de Saúde, 2010). Para além da avaliação, **procurei compreender o histórico de dor e as experiências anteriores**. A literatura diz-nos que a dor não pode ser apenas atribuída à intensidade física, devem também ser avaliadas as experiências prévias da criança, as expectativas familiares, o impacto emocional e as respostas comportamentais (Twycross, et al., 2015).

Neste âmbito, **prestei cuidados a uma criança de 7 anos com dor abdominal, que evidenciava sinais claros de ansiedade perante a necessidade de colheita de sangue**. A criança chorava, retraía-se e recusava o procedimento. Após uma

abordagem centrada na escuta ativa, partilhou que, durante um internamento anterior, foi submetida a múltiplas tentativas de punção venosa sem sucesso, num contexto em que não lhe foi dada qualquer explicação, vivência que associava a uma experiência de dor intensa. Este conhecimento permitiu-me ajustar a minha intervenção: **utilizei uma linguagem clara e tranquilizadora, envolvi a mãe como elemento de suporte emocional e recorri à distração com recurso a um estímulo audiovisual.** A abordagem revelou-se eficaz, permitindo não apenas a realização do procedimento com sucesso, mas também a redução do sofrimento antecipado. Esta situação reforçou a importância de avaliar e gerir a dor enquanto fenómeno complexo e subjetivo, influenciado pelo contexto, pelas memórias anteriores e pela forma como é mediado pela relação terapêutica estabelecida.

O controlo da dor exige, então, não apenas uma avaliação precisa, mas também a implementação de estratégias de gestão adequadas, que devem ser baseadas numa abordagem multimodal. A analgesia multimodal envolve a combinação de diferentes métodos terapêuticos (farmacológicos e não farmacológicos), com o intuito de minimizar a dor enquanto se respeitam os limites e as necessidades de cada criança. (Friedrichsdorf , et al., 2015).

As intervenções não farmacológicas apresentam-se como estratégias seguras, eficazes e centradas na criança, promovendo o conforto, o controlo emocional e a redução da ansiedade associada aos procedimentos invasivos (Birnie, et al., 2018).

Para além da avaliação, **tive oportunidade de aplicar diversas estratégias não farmacológicas no alívio da dor, adaptadas ao contexto e à criança.** Durante a realização de punções venosas ou colheitas de sangue, **recorri frequentemente à distração audiovisual,** utilizando vídeos no telemóvel da criança, ou objetos familiares como peluches. Em situações de maior ansiedade, apliquei **técnicas de respiração guiada,** em que pedia à criança para inspirar profundamente e soprar como se apagasse velas, promovendo o relaxamento. Usava também o **reforço**

positivo, elogiando a colaboração da criança ou oferecendo pequenos autocolantes após o procedimento.

Nos bebés, sempre que possível e com o apoio da mãe, **realizei punções venosas com recurso à amamentação**, técnica reconhecida como eficaz no controlo da dor neonatal, ao combinar contacto pele a pele, sucção nutritiva e vínculo afetivo. **Em alternativa, utilizei sacarose oral a 24% e contenção com recurso a mantas, reduzindo os estímulos externos durante os procedimentos** (Direção Geral de Saúde, 2012).

Estas experiências **permitiram-me perceber que, mesmo em contexto de urgência, é possível individualizar a abordagem à dor**, respeitando a criança enquanto sujeito de direitos e promotora ativa do seu próprio cuidado. A conjugação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas demonstrou-se não apenas eficaz na redução da dor, mas também promotora de confiança, cooperação e dignidade nos cuidados prestados.

O interesse pelo tema levou-me a realizar uma pesquisa durante o estágio em contexto de urgência pediátrica. Já tinha tido anteriormente a oportunidade de trabalhar com alguns dispositivos e decidi aprofundar os meus conhecimentos e partilhar com a equipa algumas opções que poderiam adquirir com um custo muito baixo e com resultados promissores sustentados pela evidência científica. **Os dispositivos que sugeri e com melhores resultados, foram o *Buzzy* e a realidade virtual.**

O *Buzzy* é um dispositivo portátil que combina vibração e crioterapia local (frio) para reduzir a dor durante procedimentos invasivos, como a punção venosa ou a administração de injeções intramusculares. A sua ação baseia-se na teoria *Gate Control Theory*, segundo a qual estímulos não dolorosos (como vibração e frio) competem com os sinais de dor, reduzindo a sua perceção a nível da medula espinhal. Estudos demonstram consistentemente que o uso do *Buzzy* reduz significativamente os níveis de dor e ansiedade autorrelatados por crianças durante procedimentos médicos.

A evidência mais recente corrobora a eficácia deste dispositivo em múltiplos contextos pediátricos. Um estudo randomizado controlado com 234 crianças demonstrou uma redução estatisticamente significativa na dor durante a punção venosa no grupo que utilizou o *Buzzy*, em comparação com o grupo controlo, com médias de dor respetivamente de 2,5 e 4,7 numa escala de 10 pontos (Simoncini, et al., 2023). Estes resultados alinham-se com os dados obtidos numa meta-análise publicada em 2024 que reuniu 19 estudos envolvendo 2.846 crianças, tendo concluído que o *Buzzy* reduz efetivamente tanto a dor quanto a ansiedade associada a procedimentos com agulhas, sendo mais eficaz em crianças com menos de 12 anos (Faguang, et al., 2024).

A realidade virtual (RV) é uma tecnologia que utiliza dispositivos eletrónicos, como óculos ou headsets, para criar ambientes imersivos em 3D. No contexto pediátrico, a RV é utilizada como uma ferramenta de distração, sendo aplicada para reduzir a percepção de dor e ansiedade durante procedimentos invasivos. A ideia é criar um ambiente virtual que capture completamente a atenção da criança, desvia-a da dor e da ansiedade associada ao procedimento (Wong, et al., 2023).

Estudos recentes demonstram que a RV é eficaz na diminuição tanto da dor quanto da ansiedade durante procedimentos invasivos. Um ensaio clínico randomizado publicado no *JAMA Network Open* envolveu 149 crianças submetidas a punção venosa, revelando que o uso da RV resultou em uma redução significativa da dor e da ansiedade em comparação com o grupo de controlo, além de reduzir o tempo do procedimento e aumentar a satisfação dos profissionais de saúde (Wong, et al., 2023).

Apesar da robustez da evidência internacional sobre a eficácia do *Buzzy* e da realidade virtual, a sua implementação na prática clínica em Portugal ainda está numa fase muito inicial. A literatura nacional sobre estas intervenções é escassa, predominando estudos internacionais que reforçam a sua utilidade. Em muitos serviços pediátricos em Portugal, continuam a ser priorizadas medidas

farmacológicas ou estratégias de distração mais tradicionais. Este desfasamento pode ser explicado pela necessidade de investimento em formação das equipas, aquisição dos dispositivos e integração destas tecnologias nos protocolos institucionais. No entanto, considero que o EESIP tem um papel fundamental e ativo na promoção da adoção destas estratégias não farmacológicas, sensibilizando colegas e gestores para o seu baixo custo, segurança e eficácia comprovada. Só através desta aproximação entre evidência e prática será possível garantir uma resposta mais humanizada e centrada na criança, alinhada com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros e com as recomendações internacionais de controlo da dor pediátrica.

Nos Cuidados de Saúde Primários, a vacinação representa uma das intervenções mais frequentes e previsivelmente dolorosas em idade pediátrica, sendo por isso uma oportunidade privilegiada para desenvolver competências na gestão e controlo da dor. Apesar da sua brevidade, a dor associada à vacinação pode ter impacto duradouro na criança, condicionando negativamente o vínculo com os profissionais de saúde e influenciando o comportamento em futuras intervenções (Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021). Estas vivências despertaram em mim uma consciência crítica sobre o papel do EESIP na promoção de cuidados humanizados e baseados na evidência. Assim, **procurei integrar estratégias de controlo da dor em todas as situações de vacinação em que participei.** Antes do procedimento, assegurava a **preparação da criança e da família**, com uma explicação simples, honesta e ajustada ao estágio de desenvolvimento. Durante o momento da vacinação, valorizei o **posicionamento adequado e recorri a medidas não farmacológicas**, como o **embalo, toque contido, voz suave, música, vídeos**, promovendo um ambiente de segurança e controlo. Em lactentes, **incentivei a amamentação durante o procedimento sempre que possível**, sendo esta uma intervenção reconhecida pela sua eficácia analgésica. Noutras situações, **recorri à sucção não nutritiva com chupeta e sacarose.**

Num dos momentos de vacinação em contexto de consulta de enfermagem, administrei uma vacina intramuscular a um lactente de 3 meses. Tendo em conta a idade e a recomendação da Direção-Geral da Saúde, **optei por realizar o procedimento durante a amamentação**, estratégia reconhecida como eficaz na redução da dor. Esta abordagem associa diversos mecanismos analgésicos: a sucção nutritiva, o contacto pele a pele, o conforto térmico e a ingestão de leite com sabor adocicado, que promove a libertação de endorfinas e regula a perceção da dor (Direção Geral de Saúde, 2012).

Preparei previamente o material e administrei a vacina enquanto o bebé se alimentava. O lactente manteve-se calmo durante todo o procedimento, não apresentando choro ou alterações fisiológicas relevantes, e retomando o ritmo de sucção de forma imediata após o estímulo. Esta observação foi particularmente marcante, pois contrastou com episódios anteriores em que a mesma vacina, aplicada em bebés da mesma faixa etária sem qualquer medida analgésica, gerou choro intenso e desconforto evidente.

Esta experiência demonstrou-me de forma inequívoca que a dor da vacinação, mesmo sendo breve, pode ser significativamente atenuada com estratégias simples, baseadas na fisiologia e integradas nos cuidados habituais. Desta forma, **percebi a importância de planear os procedimentos com intencionalidade**, de acordo com a melhor evidência disponível, e de promover práticas que respeitem a integridade sensorial da criança, contribuindo para um cuidado mais humanizado e eficaz.

A vivência nos três contextos clínicos, permitiu-me desenvolver competências sólidas na avaliação, gestão e controlo da dor em diferentes faixas etárias e situações clínicas. Fui capaz de selecionar e aplicar escalas validadas e ajustadas ao estágio de desenvolvimento da criança, bem como integrar intervenções farmacológicas e não farmacológicas com base na melhor evidência científica. Estas experiências reforçaram em mim a importância de um cuidado centrado na criança, que valoriza a sua história, vulnerabilidade e respostas comportamentais

à dor. A prática reflexiva e intencional que fui consolidando revelou-se determinante para garantir intervenções eficazes e seguras, confirmando o meu progresso no domínio específico da gestão da dor pediátrica.

A análise das experiências nos diferentes contextos de estágio permitiu-me constatar que o desenvolvimento das competências em EESIP assenta na capacidade de intervir em realidades imprevistas e complexas de forma sistemática, crítica e criativa. A exposição a situações tão diversas, desde a triagem e emergência clínica no SUP, aos cuidados intensivos e centrados no neurodesenvolvimento na UCIN, até à intervenção comunitária e proteção da criança em risco nos CSP, exigiu uma avaliação permanente da adequação dos métodos de análise e das estratégias de intervenção. Essa avaliação, sustentada em evidência científica e reflexão crítica, permitiu-me adaptar a prática às necessidades singulares de cada criança e família, conciliando protocolos, tecnologias emergentes e abordagens humanizadas. Por fim, a gestão de contextos marcados pela imprevisibilidade, desde a instabilidade clínica súbita até ao sofrimento emocional ou situações de risco social, reforçou em mim a importância de reagir com segurança, sensibilidade e fundamentação, consolidando o meu percurso.

Competências:

- ⇒ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua 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;
- ⇒ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências na promoção da parceria de cuidados.

A parceria de cuidados constitui uma abordagem essencial e estruturante na enfermagem pediátrica, promovendo uma prática colaborativa onde enfermeiros e família partilham decisões, responsabilidades e objetivos no processo de cuidar. Esta filosofia reconhece a criança como parte de um sistema familiar inseparável, em que os pais são vistos como cuidadores naturais, dotados de conhecimento e competência sobre o seu filho (Mendes, et al., 2012).

Anne Casey, em 1993, definiu esta parceria como uma colaboração entre pais e profissionais de saúde baseada no respeito mútuo, partilha de informação e tomada de decisão conjunta, valorizando os papéis complementares de ambos na promoção da saúde da criança (Casey, 1993).

A sua implementação sistemática tem sido associada a melhores resultados clínicos e emocionais, como demonstrado por estudos recentes no âmbito do programa *Family Integrated Care*, que evidenciam ganhos ponderais superiores, maior taxa de amamentação exclusiva e redução dos níveis de stress parental durante a hospitalização. (O'Brien, et al., 2018).

Dois conceitos fundamentais que sustentam a filosofia dos cuidados centrados na família, e que se articulam diretamente com o modelo de parceria de cuidados, são a capacitação (*enabling*) e o empoderamento (*empowering*) dos pais. De acordo com Hockenberry e Barrera (2014), a capacitação consiste em proporcionar às famílias oportunidades para adquirir conhecimentos e desenvolver competências que lhes permitam participar ativamente nos cuidados ao seu filho, em contexto hospitalar e no domicílio. O empoderamento, por sua vez, refere-se ao fortalecimento da confiança, autoestima e autonomia dos cuidadores, promovendo o reconhecimento do seu papel como parceiros legítimos e competentes nas decisões relativas à saúde da criança. Estes princípios exigem que o enfermeiro assuma um papel facilitador e educativo, promovendo

ambientes de comunicação aberta, ensino contínuo e partilha de responsabilidades, contribuindo para o bem-estar da família e para a continuidade de cuidados centrados na criança após a alta hospitalar (Hockenberry, et al., 2014).

Na UCIN onde realizei estágio, a política institucional permitia a permanência dos pais durante 24 horas o que se revelou determinante para a promoção de uma parceria de cuidados efetiva. Esta possibilidade favoreceu não só o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e recém-nascido, mas também a criação de oportunidades regulares para capacitação e empoderamento parental, permitindo que o processo de ensino decorresse de forma contínua e adaptada ao ritmo de cada família. Esta presença constante contribuiu ainda para a diminuição da ansiedade parental e para uma maior familiarização com o ambiente tecnológico, que inicialmente se apresentava intimidante para muitos. Durante o estágio, **envolvi os pais em várias dimensões do cuidar**, adaptando o grau de participação à estabilidade clínica do recém-nascido e à confiança dos cuidadores. Além de **incentivar o toque e a contenção** durante procedimentos, **apoei os pais** no reconhecimento de sinais de conforto e stress do bebé, **orientando-os** sobre quando intervir ou recuar para garantir a estabilidade do filho. **Promovi** ativamente o **contacto pele a pele** (*método canguru*), mesmo em RN com monitorização contínua, **ensinando** os cuidadores sobre a posição correta, os benefícios fisiológicos e emocionais, e as precauções necessárias. **Incentivei** também a sua **participação** em cuidados progressivamente mais complexos, como a medição da temperatura, cuidados de higiene, mudança de fralda, alimentação por sonda e, posteriormente, por via oral, sempre com supervisão próxima para garantir segurança e confiança.

Paralelamente, utilizei momentos mais tranquilos para **fornecer informação** estruturada e adaptada sobre o estado clínico do bebé, o significado dos alarmes e a função dos equipamentos, reduzindo o medo que frequentemente verbalizavam em relação às incubadoras e monitores. Sempre que surgiam

decisões clínicas, como ajustes no plano alimentar ou alterações de suporte ventilatório, procurava **explicar de forma acessível** as razões e implicações dessas decisões, criando espaço para que os pais expressassem dúvidas e opiniões.

Estas experiências permitiram-me compreender que a parceria de cuidados vai muito além da execução de tarefas delegadas, exigindo uma relação baseada em comunicação clara, confiança mútua e reconhecimento do papel dos pais como cuidadores naturais e ativos. Percebi que o meu papel implica ser mediadora e facilitadora, promovendo capacitação e empoderamento parental como defendem Hockenberry e Barrera (2014), e assegurando, tal como referem Mendes e Martins (2012), que os pais adquiram as competências necessárias para garantir a continuidade dos cuidados após a alta. Reconheci ainda que a negociação constitui uma dimensão fundamental deste modelo, pois só através dela é possível alinhar expectativas, ajustar intervenções às rotinas familiares e respeitar o ritmo de aprendizagem dos pais, garantindo uma verdadeira corresponsabilização no processo de cuidar. Esta prática favorece a transição segura para o domicílio e fortalece a parentalidade, contribuindo para um desenvolvimento adequado do RN.

Nos CSP, a intervenção do enfermeiro assume um papel essencialmente educativo e capacitador.

No contexto de CSP, **desenvolvi atividades** em duas vertentes distintas: **sessões de educação parental em grupo**, realizadas na UCC, e **consultas de vigilância de saúde** na USF. Em ambas, a promoção da **parceria de cuidados** esteve no centro da minha intervenção, através de um trabalho colaborativo que valorizou os pais como cuidadores principais, reconheceu as suas competências e preferências e promoveu a partilha de responsabilidades e decisões.

Nas sessões de massagem infantil e de preparação para o parto, **promovi a parceria** ao incentivar a participação ativa dos pais em momentos de aprendizagem prática e de partilha de experiências. Mais do que transmitir

conhecimento técnico, utilizei estas sessões como oportunidade para **capacitar e empoderar** os cuidadores, reforçando a sua confiança e autonomia na transição para a parentalidade. Através de demonstrações supervisionadas e de diálogo aberto, **orientei os participantes** em técnicas de massagem promotoras de relaxamento e vínculo, cuidados de higiene e medidas de segurança. Estas vivências evidenciaram-me como a educação em grupo favorece não apenas a aquisição de competências, mas também a construção de redes de apoio entre famílias, aspetos centrais para o empoderamento parental (Büyüç, et al., 2025). Nas consultas com pais e cuidadores, dediquei-me a **esclarecer dúvidas sobre temas como diversificação alimentar, sono seguro, prevenção de acidentes e sinais de alerta do desenvolvimento**. Em cada contacto, **privilegiei a negociação e adaptação das orientações à realidade de cada família**, respeitando rotinas, valores e preferências, e reforçando os pais como parceiros ativos e corresponsáveis pelo bem-estar do seu filho. Esta abordagem colaborativa não só reduziu a ansiedade parental, como também fortaleceu a autoconfiança dos cuidadores.

No SUP, **compreendi que a promoção da parceria de cuidados** exige uma abordagem adaptada à especificidade deste contexto, marcado pela necessidade de decisões rápidas e por um fluxo constante de crianças e famílias em situações de maior vulnerabilidade e ansiedade. A imprevisibilidade dos quadros clínicos e a prioridade atribuída à estabilização da criança tendem a reduzir o espaço para negociação, colocando o enfermeiro num papel predominantemente técnico. Contudo, percebi que, mesmo nestas circunstâncias, é possível garantir que os pais não se sintam excluídos e possam participar igualmente nos cuidados.

Ao longo do estágio **utilizei sempre uma comunicação clara e objetiva**, explicando cada intervenção de forma simples, mas precisa, reduzindo a ansiedade parental e favorecer a sua cooperação. Sempre que a segurança da criança e a dinâmica da equipa o permitiam, **incentivei a presença dos cuidadores junto do filho**, mesmo durante procedimentos potencialmente

invasivos, como punções venosas, **orientando-os sobre como deviam apoiar emocionalmente a criança com palavras ou contacto físico**. Em cuidados menos complexos, como a administração de medicação oral, inalatória ou a monitorização de sinais vitais, envolvi-os de forma ativa, **dando-lhes a oportunidade de participar** e reforçando a sua importância como aliados no conforto e na colaboração do filho durante os cuidados.

Em situações de menor complexidade clínica, **procurei reforçar a parceria de cuidados** envolvendo os pais em decisões relativas ao plano terapêutico, reconhecendo-os como conhecedores privilegiados das particularidades e preferências do seu filho. Um exemplo recorrente foi a escolha da via de administração de fármacos, quando clinicamente eram possíveis várias opções (oral, retal ou injetável). Ao questionar os cuidadores sobre a via que consideravam mais adequada, tendo em conta a tolerância e o conforto da criança, **promovi a partilha de responsabilidades e decisões**, pilar fundamental dos cuidados centrados na família. Esta abordagem não só valorizou o papel dos pais como parceiros ativos, mas também contribuiu para reduzir a ansiedade associada ao tratamento e melhorar a aceitação da intervenção pela criança, favorecendo a adesão terapêutica e a confiança dos cuidadores no processo assistencial.

Reconheci também que, apesar do carácter transitório e breve da permanência neste serviço, os momentos de preparação para a alta são oportunidades fundamentais para fortalecer a parceria com a família e garantir a continuidade dos cuidados no domicílio. **Aproveitei cada contacto para orientar os pais sobre sinais de alerta que justificam reavaliação no SUP**, estratégias de conforto e hidratação, administração correta de medicação e medidas preventivas para evitar complicações. Procurei sempre **adaptar estas orientações à realidade familiar, validando dúvidas e promovendo a confiança dos cuidadores** para que assumissem, com segurança, o cuidado do filho após a saída do serviço.

Ao longo do meu percurso de estágio, a vivência em diferentes contextos de prática permitiu-me **consolidar a competência de promoção da parceria de cuidados**, reconhecendo a família como elemento central e corresponsável na prestação de cuidados à criança. Através da aplicação de estratégias baseadas na capacitação e no empoderamento parental, **promovi uma relação colaborativa** em que os cuidadores foram envolvidos de forma ativa e informada nas decisões e intervenções relativas ao bem-estar do filho. Esta experiência mostrou-me que a parceria de cuidados, mais do que uma metodologia, é uma atitude profissional que exige comunicação eficaz, adaptação às necessidades e ritmos de cada família e valorização das suas competências, contribuindo para a humanização da assistência e para a continuidade segura dos cuidados no domicílio. Esta competência, alicerçada em evidência científica, constitui uma dimensão essencial do papel do EESIP e será, no futuro, determinante na qualidade e integralidade dos cuidados que presto.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências no apoio à transição da parentalidade;

A parentalidade constitui um exercício complexo que integra dimensões afetivas, educativas e protetoras, através das quais os pais assumem a responsabilidade de cuidar, apoiar e promover o desenvolvimento integral da criança. Para além de um papel socialmente reconhecido, trata-se de uma experiência profundamente transformadora que exige disponibilidade, competências relacionais e capacidade de adaptação a novas exigências. Neste âmbito, a transição para a parentalidade revela-se crucial, pois marca uma mudança significativa na vida do indivíduo e da família. Quando alguém se torna pai ou mãe, assume novas responsabilidades e desafios que implicam adaptações físicas, emocionais, psicológicas e sociais. Este processo, entendido como uma transição de vida, ocorre num período delimitado e envolve mudanças na saúde,

identidade, relacionamentos e no ambiente circundante. A preparação para a parentalidade inicia-se antes mesmo do nascimento do bebê, frequentemente desde a concepção ou início da gravidez, momento em que o indivíduo ou casal começa a projetar a possibilidade de assumir esse novo papel. Esta é, sem dúvida, uma das decisões mais transformadoras do ciclo vital, considerada irreversível e potencialmente desencadeadora de um período de crise individual e/ou familiar. Ao exigir uma reestruturação profunda de papéis, a transição para a parentalidade convoca um processo de ajustamento que se torna determinante para a vivência positiva da maternidade e da paternidade, bem como para a construção de um ambiente saudável e promotor do bem-estar da criança (Victória, et al., 2024).

A Ordem dos Enfermeiros reconhece a promoção da parentalidade como uma competência específica do EESIP, enfatizando a importância de intervenções que fortaleçam a autonomia das famílias e promovam a literacia em saúde (Ordem dos enfermeiros, 2018).

No âmbito da minha prática profissional durante os estágios, realizei diversas atividades com o objetivo de desenvolver competências no apoio à transição da parentalidade.

No contexto de UCC, **participei em dois projetos da parentalidade**: curso de preparação para o parto: cuidados de higiene e no curso de massagem infantil. Estas intervenções têm como objetivo capacitar os pais para responder às necessidades dos seus filhos, promovendo o vínculo afetivo e a confiança nas suas competências parentais.

A massagem infantil constitui uma prática promotora de saúde global, reconhecida pelos seus múltiplos benefícios físicos, emocionais e relacionais. Para a criança, proporciona relaxamento, contribui para a regulação do sono, favorece o crescimento físico, estimula o desenvolvimento motor e reduz episódios de choro e desconforto. Em contexto neonatal, está ainda associada à melhoria da circulação, ao reforço do sistema imunitário e à diminuição dos

níveis de bilirrubina. Paralelamente, promove o vínculo afetivo entre pais e filhos, reforçando a interação precoce e potenciando a parentalidade positiva. Assim, a massagem infantil não se configura apenas como uma técnica de cuidado, mas como uma estratégia terapêutica e educativa que capacita as famílias e fortalece a sua participação ativa nos cuidados à criança (Chen, et al., 2024).

O curso de massagem infantil envolve 5 sessões onde são abordadas várias técnicas de massagem. Durante as sessões, com duração de 1h, podem estar presentes ambos os pais. Para além da massagem infantil, a última sessão do curso tem um tema livre, ou seja, são as famílias que escolhem um tema que considerem pertinente para ser abordado. No curso que tive a oportunidade de participar, o tema escolhido pelas famílias foi a diversificação alimentar. O tema foi escolhido na semana anterior à sessão, o que me **permitiu planejar com antecedência a preparação da atividade**. Nesse período, realizei uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e em documentos orientadores da prática clínica, de modo a reunir a evidência mais atual e relevante sobre a temática. Esta revisão possibilitou-me atualizar conhecimentos, selecionar a informação mais pertinente para a prática clínica e preparar conteúdos fundamentados, garantindo não apenas a qualidade da formação, mas também a capacidade de dar resposta às questões levantadas pelos participantes.

Posteriormente, **particpei também no curso de preparação para o parto** em conjunto com uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e obstétrica. Nas sessões tive a oportunidade de capacitar futuros pais para os desafios relacionados com os cuidados de higiene ao RN.

As sessões de preparação para o parto constituem uma intervenção fundamental na promoção da saúde materno-infantil, favorecendo não apenas a aquisição de conhecimentos sobre as etapas da gravidez, parto e puerpério, mas também o desenvolvimento de competências práticas nos cuidados ao recém-nascido. De acordo com o estudo de AlKhunaizi et al. (2025), estas sessões contribuem para

reduzir a ansiedade, aumentar a autoconfiança das famílias e melhorar a comunicação entre grávida, parceiro e equipa de saúde. Ao proporcionar informação acessível e momentos de partilha em grupo, as aulas de preparação para o parto reforçam o sentimento de controlo das mulheres e dos seus parceiros, fomentam a corresponsabilização nos cuidados e promovem uma experiência de parto mais positiva e segura (AlKhunaizi, et al., 2025).

A minha participação nestes cursos contribuiu diretamente para a promoção da parentalidade ao proporcionar aos pais oportunidades de aprendizagem prática e de partilha de experiências que fortaleceram o seu papel como cuidadores principais. Nas sessões de massagem infantil, ao ensinar técnicas que promovem o relaxamento, a perceção das necessidades do bebé e o fortalecimento do vínculo, apoiei os pais no desenvolvimento de competências que aumentaram a sua confiança e disponibilidade para cuidar. Na sessão dedicada à diversificação alimentar, ao disponibilizar informação baseada em evidência e esclarecer dúvidas adaptadas à realidade de cada família, **promovi decisões parentais mais informadas e seguras**. No curso de preparação para o parto, ao **capacitar futuros pais** para os cuidados de higiene ao recém-nascido e ao incentivar a corresponsabilização de ambos os progenitores, contribui para reduzir ansiedade, aumentar a autoconfiança e facilitar a adaptação à nova dinâmica familiar. Desta forma, estas intervenções permitiram-me não só adquirir experiência na dinamização de programas educativos, como também promover, de forma ativa e fundamentada, uma parentalidade positiva e participativa.

Nas consultas de saúde infantil na USF, **assumi um papel ativo na promoção da parentalidade**, apoiando os cuidadores na aquisição de competências e confiança para cuidar do seu filho. Para além de **esclarecer dúvidas** sobre amamentação, diversificação alimentar desenvolvimento infantil, utilizei cada consulta como momento educativo e relacional, capacitando os pais para observarem sinais de alerta, tomarem decisões informadas e aplicarem estratégias promotoras do desenvolvimento. Esta abordagem empoderada está alinhada com a evidência

científica, onde intervenções de educação parental, mesmo breves e orientadas para o cuidado em casa, aumentam significativamente a autopercepção de competência parental e reduzem sentimentos de ansiedade (Amin, et al., 2018).

Usei uma comunicação baseada na escuta ativa, adaptando o discurso ao contexto familiar e valorizando o conhecimento dos pais sobre a rotina com o bebé. Com estas ações, percebi que a promoção da parentalidade não é apenas ensinar técnicas, mas criar um ambiente onde os pais realmente sentem que podem cuidar, decidir e crescer com o seu filho.

Na UCIN, **compreendi que muitos pais viviam uma parentalidade marcada por uma rutura abrupta com as expectativas**, quer pela ausência de um diagnóstico pré-natal, quer pela ocorrência de parto prematuro. Subitamente, viam-se obrigados a assumir o papel de cuidadores num ambiente desconhecido e altamente tecnológico, enquanto lidavam com o medo pela saúde do filho e com a frustração de uma experiência de parentalidade muito diferente da imaginada. Neste cenário, percebi que promover a parentalidade implicava mais do que ensinar técnicas de cuidado: exigia apoiar estes cuidadores na reconstrução do significado do seu papel, ajudando-os a desenvolver autoconfiança, ligação emocional e capacidade de se adaptarem a uma realidade inesperada (Pino-Rivera, et al., 2024).

As minhas intervenções centraram-se, por isso, em **criar experiências que reforçassem a perceção de capacidade e pertença parental**. Ao incentivar práticas como o contacto pele a pele através do método canguru, **ofereci aos pais oportunidades prolongadas de proximidade com o filho**, explicando como este contacto não só favorece o desenvolvimento e estabilidade do bebé, como também ajuda os cuidadores a sentirem-se capazes de confortar e cuidar do filho. Paralelamente, **apoei as mães no início e manutenção do aleitamento materno**, incentivando a extração de leite e valorizando cada contributo, mesmo em pequenas quantidades, para reforçar a perceção de utilidade e participação no cuidado. Em todos os momentos, procurei **escutar, validar emoções e**

transformar inseguranças em confiança, ajudando os pais a reconhecerem que, apesar do contexto desafiante, eram os principais cuidadores e decisores na vida do filho.

Este enfoque está em consonância com o identificado por Teixeira (2024), que, ao analisar as necessidades parentais em contexto de hospitalização neonatal, concluiu que os pais enfrentam não apenas dificuldades técnicas no cuidado ao recém-nascido, mas também fragilidades emocionais e informacionais. O acesso a esclarecimentos claros e consistentes e o suporte emocional contínuo são condições essenciais para que os pais se sintam incluídos, valorizados e preparados para cuidar. Estes elementos revelam-se determinantes para promover a confiança parental, reduzir a ansiedade e permitir um exercício efetivo e seguro da parentalidade em ambiente altamente complexo como a UCIN (Teixeira, et al., 2024).

Esta competência, alicerçada em comunicação empática, apoio emocional e ensino adaptado, revelou-se essencial para reduzir medos, fortalecer vínculos e preparar famílias mais confiantes e resilientes para o regresso a casa.

No SUP, **reconheci que a promoção da parentalidade assumia também contornos específicos**, dado o caráter agudo e transitório do contexto. Muitos pais chegavam ao serviço em estado de ansiedade e insegurança, receosos pela gravidade da situação clínica do seu filho e, muitas vezes, com dúvidas na sua capacidade de gerir o cuidado após a alta. Neste cenário, **compreendi que cada contacto, por mais breve que fosse, era uma oportunidade para apoiar os cuidadores na construção de uma parentalidade mais confiante e informada.**

Durante a minha prestação de cuidados, procurei **transformar a interação em momentos de capacitação**, explicando de forma clara e acessível as razões para cada procedimento e orientando os pais sobre sinais de alerta e medidas de vigilância que deveriam adotar em casa.

Um dos motivos mais frequentes de procura do serviço nos primeiros dias de vida foi a dificuldade na amamentação e conseqüente perda de peso do RN, que

se revelou uma fonte significativa de stress e frustração para muitas mães. Nessas situações, **procurei adotar uma abordagem de apoio e capacitação**, avaliando a pega, orientando sobre técnicas de posicionamento e explicando sinais de sucção eficaz, sempre com linguagem clara e adaptada. Ao validar as dificuldades e oferecer estratégias práticas, ajudei a reduzir sentimentos de falha e a fortalecer a autoconfiança materna, elementos fundamentais para a continuidade do aleitamento e para uma parentalidade mais positiva e segura, tal como recomenda a OMS.

Outro aspeto importante foi o **aconselhamento dirigido para o regresso a casa**, que considerei crucial para reduzir a ansiedade parental e promover um exercício mais seguro da parentalidade fora do hospital. **Aproveitei cada oportunidade para orientar** sobre medidas de conforto, prevenção de complicações e gestão de sintomas, adaptando sempre a informação ao contexto familiar e à sua experiência prévia. Ao dar espaço para esclarecer dúvidas e validar receios, contribuí para que os pais saíssem do serviço não só com um plano terapêutico, mas também com maior confiança e clareza sobre como cuidar do filho em casa. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, consolidei a competência de promoção da parentalidade, apoiando mães e pais na construção de um papel parental mais confiante, informado e adaptado às necessidades do filho. Em cada ambiente, aprendi a reconhecer os desafios específicos que os cuidadores enfrentavam, desde a parentalidade inesperada e precoce em contexto de UCIN, à procura de apoio e esclarecimento nos cuidados primários, até ao stress e incerteza em situações de urgência. Adaptei a minha intervenção para reduzir inseguranças, reforçar a autoconfiança e capacitar os pais para cuidarem de forma autónoma. Este percurso permitiu-me desenvolver uma prática centrada na família, orientada para fortalecer as competências parentais e contribuir para uma adaptação mais positiva e segura a esta etapa transformadora.

Objetivos específicos:

- Implementar os diferentes Programas de Saúde, aplicáveis à população pediátrica;
- Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da vigilância da saúde infantil e juvenil.

A prática de enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica no contexto dos cuidados de saúde primários, nomeadamente em Unidade de Saúde Familiar (USF), é orientada por referenciais nacionais que visam garantir a vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança, a promoção de ambientes familiares saudáveis e a prevenção da doença.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, orienta a vigilância periódica da saúde infantil, com foco no desenvolvimento biopsicossocial da criança, na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção precoce de fatores de risco. Este programa estabelece um calendário estruturado de consultas, desde o nascimento até aos 18 anos em idades chave. O papel do enfermeiro especialista é fulcral na aplicação das recomendações do PNSIJ, com destaque para a articulação com a família, o reforço da parentalidade positiva e a promoção da literacia em saúde (Direção Geral de Saúde, 2013).

As consultas de vigilância são momentos essenciais para a avaliação global da criança e para o estabelecimento de uma relação de confiança com a família. Nestas consultas, realizamos uma avaliação do desenvolvimento da criança, promovemos práticas de segurança, alimentação, capacitamos os pais para uma parentalidade responsiva e avaliamos situações que possam afetar negativamente a saúde da criança (Direção Geral de Saúde, 2013).

Durante o estágio em contexto de USF, tive a oportunidade de **realizar 6 consultas com o apoio da minha enfermeira tutora**. Estas consultas foram todas realizadas a crianças com idade igual ou inferior a 12 anos e decorreram num

gabinete destinado apenas às consultas de saúde infantil, adaptado adequadamente a esta faixa etária.

A avaliação de dados antropométricos foi realizada com a colaboração dos pais e da criança (de acordo com o seu nível de desenvolvimento) após explicar o procedimento. Após esta avaliação, em crianças até aos 5 anos, **utilizei a escala Mary Sheridan** para avaliar o desenvolvimento da criança, identificar possíveis sinais de alarme e posteriormente realizei ensinamentos à família sobre atividades promotoras do desenvolvimento que podem ser utilizadas em casa.

A monitorização do desenvolvimento em idades-chave é uma componente central das consultas de vigilância. A Escala de Mary Sheridan, modificada e recomendada pela DGS, permite identificar precocemente alterações a nível da área motora, linguagem, socialização e cognição até aos 5 anos de idade. O seu uso promove decisões clínicas baseadas na evidência e facilita o encaminhamento para intervenções especializadas. O enfermeiro especialista, ao dominar esta ferramenta, contribui para a deteção precoce de atrasos no desenvolvimento e para a implementação de planos individualizados de acompanhamento da criança e da família e promovam o adequado desenvolvimento (Direção Geral de Saúde, 2013).

Durante as consultas **utilizei sempre uma linguagem simples**, dando abertura às famílias e crianças para exporem dúvidas e preocupações.

Para além do desenvolvimento infantil, tive também a oportunidade de **promover a imunização de acordo com o plano nacional de vacinação**.

O PNV é uma medida basilar de saúde pública que garante a proteção da população infantil contra doenças infecciosas potencialmente graves. Este programa é universal, gratuito e acessível a todas as pessoas que vivem em Portugal.

O EESIP exerce um papel fundamental e determinante na administração segura das vacinas, no esclarecimento das famílias, na vigilância de eventos adversos e no reforço da confiança da população nas políticas de vacinação. O impacto do

PNV reflete-se na quase eliminação de doenças como o sarampo, a poliomielite e a difteria (Direção Geral de Saúde, 2020). O plano de vacinação está devidamente organizado e coincide com as consultas de vigilância, já com o propósito de minimizar as idas à unidade de saúde.

Desta forma, **realizei também imunização a bebés e crianças**, de forma segura e com recurso a medidas de distração e medidas não farmacológicas no alívio da dor como: amamentação durante o processo, uso de contenção, vídeos e música de acordo com o desenvolvimento de cada um, tal como recomenda a DGS. Antes da administração **explicava o procedimento aos pais e a vacina ou vacinas que iriam ser administradas**. No final, **explicava os cuidados que deveriam ter e vigilâncias** após a administração da vacina, realizava o seu registo e agendava a próxima consulta. Na UCC, pude também participar no programa nacional de saúde escolar.

A finalidade do PNSE consiste em contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens. O PNSE tem como objetivo central promover a saúde e o bem-estar da comunidade educativa, atuando de forma integrada nos contextos escolares. Este programa procura promover estilos de vida saudáveis e elevar os níveis de literacia em saúde, capacitando alunos, professores e famílias para decisões informadas e comportamentos benéficos à saúde individual e coletiva. Simultaneamente, visa melhorar a qualidade do ambiente escolar, minimizando riscos físicos, emocionais e sociais que possam comprometer o desenvolvimento e a aprendizagem. Através de uma abordagem preventiva e promotora, o programa contribui para reduzir o impacto das doenças no desempenho escolar, apoiando a deteção precoce de problemas de saúde e a sua adequada gestão. Por fim, valoriza o estabelecimento de parcerias para fomentar a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em contexto escolar, reforçando

a escola como um espaço seguro, inclusivo e promotor de saúde (Direção Geral de Saúde, 2013).

No âmbito deste programa, tive oportunidade de **participar em ações que concretizam os seus objetivos**, através da integração em projetos estruturados previstos no PNSE e direcionados para a promoção da saúde e prevenção de riscos em idade escolar. Para além do projeto *“Capuchinho ao pé-coxinho”*, já anteriormente referido no âmbito da prevenção de abusos e maus-tratos infantis, participei também no programa *“+Contigo”*, centrado na promoção da saúde mental e no desenvolvimento de competências socioemocionais dos adolescentes. **A participação no projeto “+Contigo”** representou uma oportunidade relevante para aprofundar o meu conhecimento sobre a problemática, no domínio da promoção da saúde mental em contexto escolar. Este programa visa a prevenção da depressão e outros problemas de saúde mental em adolescentes, promovendo competências socioemocionais e fortalecendo os fatores protetores individuais e contextuais.

No âmbito do PNSE a promoção da saúde mental é considerada uma atividade central a desenvolver em meio escolar, com o objetivo de fomentar estilos de vida saudáveis. O plano destaca que os projetos de promoção da saúde mental devem basear-se no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, fortalecendo a resiliência, a autoestima e a autonomia dos alunos, e visando ainda a prevenção de comportamentos de risco (Direção Geral de Saúde, 2013).

Durante as sessões em que participei, uma dirigida a pais e outra a professores, **foi possível reconhecer o papel central destes dois grupos** na promoção de ambientes emocionalmente seguros e responsivos. Os temas abordados nestas sessões foram os mesmos: Compreensão da adolescência; identificação de sinais de alarme; fatores de risco e proteção; estratégias de intervenção e apoio.

A minha participação nas sessões do projeto *“+Contigo”*, dirigidas a pais e professores, constituiu uma oportunidade significativa de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Estas sessões **permitiram-me aprofundar o**

conhecimento sobre a promoção da saúde mental em contexto escolar. Ao assistir às sessões com os pais, tive a oportunidade de **observar estratégias de envolvimento parental** que promovem a parentalidade positiva, o fortalecimento das competências socioemocionais e a construção de relações protetoras. Estas intervenções reforçaram a minha perceção sobre o papel ativo das famílias na promoção do bem-estar dos jovens e na deteção precoce de sinais de alerta, como alterações de humor, isolamento ou baixo rendimento escolar (Santos, et al., 2014).

Nas sessões com professores, **aprofundei a compreensão sobre a importância do ambiente escolar na promoção da saúde mental**. Identifiquei práticas eficazes para o desenvolvimento de um ambiente educativo seguro e inclusivo. Além disso, **consolidei a importância do trabalho em equipa multidisciplinar**, reconhecendo que a articulação entre profissionais de saúde, educação e famílias é fundamental para prevenir comportamentos de risco e promover o desenvolvimento integral dos adolescentes.

Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências nas áreas da comunicação em saúde, educação para a saúde e intervenção comunitária. Permitiu-me, ainda, refletir sobre o papel do enfermeiro na escola como agente promotor de literacia e facilitador de parcerias com a comunidade educativa.

Todas estas experiências contribuíram para uma prática mais reflexiva, fundamentada na evidência e centrada nas necessidades da criança, da família e da comunidade escolar, permitindo-me consolidar a minha identidade profissional e responder de forma mais eficaz às exigências do exercício especializado.

4.2 Domínio da formação

A qualidade dos cuidados de enfermagem está diretamente vinculada à existência de uma política ativa de formação contínua, que fomenta o desenvolvimento profissional e a consolidação de competências práticas e relacionais.

Estas políticas não devem ser encaradas apenas como exigências formais, mas como processos reflexivos e dinâmicos, capazes de dar resposta à complexidade dos contextos clínicos atuais. A formação desempenha, neste processo, um papel central, promovendo a autonomia profissional e a reflexão crítica (Gallotti, et al., 2021).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, situam-se no cerne da melhoria contínua da prática profissional, estabelecendo critérios que asseguram que os cuidados prestados sejam baseados em evidência, eficazes e seguros para as crianças e as suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Desta forma, a existência de formação contínua torna-se fundamental no desenvolvimento profissional com o objetivo de podermos assegurar cuidados de qualidade diferenciados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Seguidamente, apresentarei uma reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidos ao longo do estágio, que contribuíram para a aquisição de competências no domínio da formação.

Competências:

- ⇒ Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- ⇒ Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

⇒ Manter, de forma contínua e autônoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências na área da formação pessoal e profissional;

O desenvolvimento de competências no âmbito da formação pessoal e profissional constitui um processo contínuo, que exige do enfermeiro especialista a integração de saberes adquiridos na licenciatura, na experiência clínica e no percurso académico de mestrado. A licenciatura em Enfermagem forneceu-me a base de conhecimentos científicos e técnicos indispensáveis, posteriormente aprofundados pela minha experiência em internamento e urgência pediátrica e pelas formações que fui realizando ao longo dos anos, e que foram consolidados pelas aprendizagens críticas e reflexivas promovidas no mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Esta trajetória vai ao encontro do que a Ordem dos Enfermeiros estabelece no *Regulamento n.º 656/2021*, onde se define a formação profissional como um processo que visa a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes essenciais ao exercício da profissão, integrando-se assim no percurso formativo contínuo do enfermeiro (Ministério da Saúde, 2021).

Em articulação, os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* sublinham que a melhoria contínua da qualidade depende da fundamentação científica e da atualização permanente das práticas, assumindo a formação como eixo central para garantir cuidados seguros, eficazes e de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A formação em serviço destaca-se como uma estratégia decisiva para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, proporcionando uma ponte efetiva entre a teoria aprendida em contextos académicos e os desafios concretos da prática clínica.

A formação em serviço representa uma dimensão estruturante do desenvolvimento profissional, na medida em que decorre em simultâneo com a prática clínica e responde a problemas concretos das unidades de saúde. Esta modalidade formativa permite aprofundar e desenvolver competências no próprio contexto de trabalho, promovendo a construção de novos saberes adaptados às exigências atuais da profissão. Para além disso, assume um caráter dinâmico, uma vez que integra tanto as necessidades individuais de aprendizagem como as necessidades coletivas da equipa (Marques, 2021).

Embora não tenham decorrido ações durante o período do meu estágio final, **procurei compreender de que forma cada contexto organizava o seu plano de formações**, o modo como era realizado o levantamento de necessidades e quais as estratégias utilizadas para a definição de prioridades formativas. Esta análise permitiu-me compreender que o diagnóstico das necessidades formativas é um elemento essencial, uma vez que garante que a formação se ajusta às expectativas da equipa e às exigências da prática clínica, reforçando a motivação dos profissionais e a qualidade dos cuidados.

Durante o meu estágio em contexto de UCC tive a oportunidade de **participar no Encontro dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco**, onde o tema central foi a multiculturalidade e a interculturalidade na intervenção em saúde. A discussão destas dimensões revelou-se particularmente pertinente, uma vez que a diversidade cultural constitui um desafio crescente na prática dos profissionais de saúde, exigindo competências acrescidas de comunicação, compreensão e respeito pela diferença. Esta experiência representou uma mais-valia para o meu percurso formativo, sobretudo por já participar nas reuniões do NACJR, o que me permitiu articular os conteúdos abordados com a realidade observada em contexto. A reflexão sobre estas temáticas reforçou a importância da formação contínua como instrumento de capacitação das equipas multiprofissionais, preparando-as para responder a contextos sociais e culturais cada vez mais complexos.

Paralelamente, adotei uma postura de autodesenvolvimento contínuo, recorrendo de forma sistemática à pesquisa bibliográfica sempre que surgiam dúvidas na prática clínica, o que me permitiu fundamentar as decisões em evidência científica atualizada e adequada ao contexto. Esta estratégia, para além de responder às necessidades imediatas da prática, constituiu uma oportunidade de aprendizagem autónoma, reforçando a capacidade de análise crítica e a construção de um raciocínio clínico mais sustentado. Sempre que pertinente, procurei partilhar os resultados obtidos em equipa, promovendo momentos de reflexão coletiva que contribuíram para a uniformização de procedimentos e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Saliento, apesar de já referidos anteriormente neste relatório, alguns dos temas que mobilizaram estas pesquisas, nomeadamente a aquisição de competências alimentares em RN pré-termo, a aspiração em RN ventilados, o programa NIDCAP, medidas não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos invasivos, a aplicação de diferentes escalas de avaliação da dor, a vacinação e a implementação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

A experiência vivida ao longo do estágio, nomeadamente a participação no Encontro dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, aliada à reflexão crítica, à pesquisa bibliográfica sistemática e à observação da organização da formação nos diferentes contextos de prática, constituiu um percurso de autoformação que potenciou o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Este processo contribuiu para o reforço da minha capacidade de análise crítica, para a valorização da formação enquanto instrumento de capacitação das equipas e para a consolidação de uma atitude de aprendizagem contínua. Deste modo, considero ter alcançado as competências previstas neste domínio, assegurando o meu compromisso com a atualização permanente e com o desenvolvimento autónomo.

Competências:

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

Objetivos específicos:

- Debater as necessidades formativas na área da saúde infantil e pediátrica;
- Desenvolver competências na área da formação de pares.

No exercício da minha prática, reconheci a importância crescente da formação contínua e da atualização de conhecimentos como um eixo essencial da qualidade dos cuidados prestados. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica estabelece que uma das áreas fundamentais da atuação do EESIP é a formação e capacitação de pares, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e a segurança clínica. Neste contexto, o desenvolvimento de competências pedagógicas e a capacidade de identificar necessidades formativas emergem como dimensões cruciais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, uma ação de formação corresponde a uma atividade pedagógica sistematizada e planeada, concebida com uma intencionalidade definida e orientada para a concretização de objetivos específicos, tendo como finalidade o desenvolvimento de conhecimentos e competências direcionados ao público-alvo a que se destina (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No contexto da UCC onde desenvolvi parte do meu estágio, **participei na identificação de uma necessidade formativa** em conjunto com a equipa de enfermagem, relacionada com a vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), cujo esquema vacinal foi integrado em 2024 no Programa Nacional de

Vacinação (Direção Geral de Saúde, 2024). Esta nova realidade exigiu uma atualização dos profissionais de saúde, tendo em conta as especificidades da imunização com nirsevimab, especialmente no que se refere às indicações clínicas, grupos-alvo (nomeadamente recém-nascidos e lactentes de risco), critérios de elegibilidade, administração e monitorização de efeitos adversos.

Para preparar a sessão comecei por **realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e mobilizei alguns conhecimentos** que de já possui previamente da minha experiência profissional em internamento, em que um dos diagnósticos mais frequentes durante o outono/ inverno eram bronquiolites causadas por VSR. Posteriormente, **realizei o planeamento da sessão educativa (apêndice I)**. No dia 19 de Dezembro, **realizei a sessão à equipa de Enfermagem**. Decorreu numa sala de reuniões da UCC e contou com a participação de 7 enfermeiros. O objetivo geral da sessão foi sensibilizar a equipa para a incidência do VSR e o impacto das hospitalizações e aumentar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre como se procede a imunização contra o VSR.

Inicialmente, comecei por preparar a sala garantindo lugar para todos os participantes e organizando os lugares de modo que todos tivessem uma boa visibilidade. Assegurei que todos os equipamentos estavam a funcionar e projetei a apresentação que preparei (apêndice I). Após a chegada de todos os elementos, **apliquei um questionário com questões de verdadeiro e falso para avaliar o conhecimento da equipa** em relação à temática e posteriormente poder **avaliar os conhecimentos adquiridos após a sessão**.

A sessão teve a duração de aproximadamente 30 minutos.

No final da sessão, procedi à **reaplicação do questionário previamente utilizado**, com o objetivo de avaliar a evolução dos conhecimentos adquiridos. A análise dos resultados revelou uma melhoria global do nível de conhecimento em todas as temáticas abordadas, evidenciando o impacto positivo da intervenção formativa (apêndice I).

Para avaliar a formação, enviei a todos os formandos um email com um questionário em Google Forms, onde puderam fazer uma avaliação anónima da sessão. Todos os enfermeiros que participaram na sessão, realizaram a avaliação da formação.

Esta vivência foi particularmente enriquecedora, pois permitiu-me consolidar o meu posicionamento enquanto especialista não apenas na prestação de cuidados, mas também na promoção da capacitação dos pares, contribuindo assim para a segurança da criança, a eficácia das intervenções e a coesão das práticas de enfermagem.

Desta forma, considero ter desenvolvido competências no domínio da formação, ao identificar uma necessidade formativa pertinente para a equipa de saúde e ao implementar uma sessão em contexto de serviço, orientada para a atualização de conhecimentos na área da ESIP. Esta experiência permitiu-me não apenas aprofundar temáticas atuais e relevantes, mas também consolidar capacidades pedagógicas e comunicacionais enquanto formadora, assumindo-se como um contributo significativo para o meu percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e científico.

4.3 Domínio da Investigação

A Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem tem por base desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Nurses, 1999).

O Regulamento n.º 140/2019 consagra a investigação como dimensão estruturante da prática do enfermeiro especialista, reconhecendo-lhe a responsabilidade de gerar e aplicar conhecimento científico em saúde (Ordem dos enfermeiros, 2019). Assim, ao EESIP cabe não apenas a utilização da evidência disponível, mas também a participação ativa em processos de investigação que sustentem a inovação, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à criança/jovem e respetiva família. Este enquadramento normativo reforça a investigação como elemento indissociável da identidade profissional do especialista, contribuindo para a evolução disciplinar da enfermagem e para a sua afirmação enquanto ciência aplicada.

Neste capítulo será, por isso, apresentada uma reflexão sobre as experiências de investigação desenvolvidas ao longo do estágio e o modo como estas potenciaram o meu percurso formativo e profissional.

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.

Objetivos específicos:

- Suportar a prática clínica com a evidência mais recente;
- Desenvolver competências na área da investigação;
- Comunicar os resultados da investigação científica realizada.

A investigação em enfermagem é um pilar fundamental para o fortalecimento da profissão, permitindo o desenvolvimento de conhecimento próprio, a melhoria da qualidade dos cuidados e a afirmação da enfermagem como disciplina autónoma. A prática baseada na evidência (PBE) é entendida como a integração da melhor evidência científica, da experiência clínica do profissional e o envolvimento dos utentes, constituindo uma estratégia indispensável para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. (Cardoso, et al., 2019)

Atualmente, os profissionais de saúde e as instituições onde se inserem enfrentam desafios clínicos cada vez mais complexos, que exigem respostas fundamentadas na qualidade, segurança e eficiência dos cuidados. Esta exigência ocorre frequentemente num contexto de constrangimentos associados aos recursos humanos, recursos materiais e técnicos, o que pode comprometer a eficácia e a efetividade das intervenções. Tal cenário reforça a necessidade de práticas assistenciais rigorosas e baseadas na evidência, que contribuam para maximizar os ganhos em saúde e para a sustentabilidade dos sistemas de cuidados (Pina, et al., 2020).

Apesar da reconhecida importância da PBE, a evidência salienta que persistem obstáculos à sua implementação, tais como o défice de formação em leitura crítica

de artigos científicos, a escassez de tempo na prática clínica e a falta de acesso a bases de dados científicas. Contudo, várias estratégias têm vindo a ser recomendadas, como a aposta na formação contínua, o incentivo à participação em grupos de investigação e a criação de ambientes clínicos promotores de cultura científica (Peixoto, et al., 2016).

A OE também reconhece a PBE como um pilar essencial para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, sendo transversal a todas as áreas da profissão, incluindo a especialidade em EESIP. O Regulamento n.º 422/2018, que define as competências do EESIP, sublinha a relevância da prática baseada na evidência como componente essencial do exercício profissional. Neste sentido, é esperado que o enfermeiro especialista implemente intervenções fundamentadas na melhor evidência científica disponível, promovendo simultaneamente a avaliação contínua dos resultados obtidos. Adicionalmente, temos como dever participar e promover a investigação em saúde infantil e pediátrica como estratégia para a melhoria contínua dos cuidados, contribuindo ativamente para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, através da produção e disseminação do conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Com base no pressuposto de que a prática clínica deve ser sustentada pela evidência mais atual e rigorosa, desenvolvi a minha prática durante os estágios com base em pesquisas bibliográficas, recorrendo a fontes de informação científicas, validadas e atualizadas, garantindo assim a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados que prestei.

De forma a assegurar uma prática clínica informada e rigorosa, privilegiei a **consulta de documentos provenientes de entidades oficiais** e de referência, como a Ordem dos Enfermeiros, a Direção-Geral da Saúde, a Organização Mundial da Saúde e a Sociedade Portuguesa de Pediatria, cujas orientações e recomendações sustentaram as minhas intervenções em contexto clínico.

No âmbito desta unidade curricular e de forma a desenvolver competências na área da investigação, **realizei também uma revisão integrativa da literatura (apêndice III).**

O tema escolhido teve por base a minha experiência profissional e o acompanhamento de crianças com doenças crónicas ao longo dos estágios. É um tema que sempre despertou o meu interesse pelos desafios que enfrento diariamente e pelo impacto que tem na vida das crianças e das suas famílias. O objetivo desta revisão foi explorar a importância da comunicação no processo de adaptação da criança e da família ao diagnóstico de uma doença crónica, identificando estratégias fundamentais para otimizar este processo.

A pesquisa foi realizada em duas bases de dados PubMed e SciELO, considerando os artigos publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de inclusão foram definidos com base na mnemónica PCC: População (crianças, famílias e enfermeiros), Conceito (papel da comunicação) e Contexto (qualquer ambiente de saúde).

Desta forma, foram incluídos 13 artigos, predominantemente qualitativos (69,23%). Os achados destacaram que uma comunicação eficaz e empática facilita a adaptação da família, melhora a adesão ao tratamento e reduz o impacto emocional. Estratégias comunicacionais como escuta ativa, uso de linguagem clara e acessível e a incorporação de atividades lúdicas foram fundamentais para fortalecer a relação entre a criança, a família e os profissionais de saúde. Modelos de cuidados centrados na família e conferências familiares emergiram como ferramentas essenciais para otimizar o processo comunicacional.

Como já referi, a investigação constitui o alicerce de qualquer disciplina do conhecimento científico, permitindo o desenvolvimento e validação de teorias que sustentam a prática profissional. Contudo, o conhecimento produzido apenas adquire verdadeiro significado quando é partilhado e comunicado de forma clara, rigorosa e acessível, possibilitando a sua integração na prática clínica e no desenvolvimento da profissão (Néné, et al., 2022).

Neste sentido, **apresentei a Revisão Integrativa da Literatura realizada**, em formato de póster (Apêndice IV), no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem com o tema: “A Comunicação em Enfermagem: A Prática especializada para a excelência do Cuidar”, organizado pela Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa- Porto, que decorreu no dia 27 de março de 2025.

Assim, o meu percurso formativo permitiu-me consolidar a perceção da importância da PBE na prestação de cuidados de enfermagem especializados, através da realização de pesquisas bibliográficas sistematizadas e da consulta de documentos oficiais que sustentaram a minha tomada de decisão clínica. A elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura possibilitou-me aprofundar competências de investigação, nomeadamente na seleção crítica da evidência disponível, na sua análise e síntese, bem como na capacidade de comunicar os resultados obtidos. A divulgação da investigação científica realizada constituiu, assim, uma oportunidade de valorizar o conhecimento que produzi, contribuindo para a promoção de cuidados de qualidade. Considero que os objetivos definidos foram, deste modo, alcançados, reforçando a investigação como dimensão indissociável do exercício do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

4.4 Domínio da gestão

A gestão em enfermagem é considerada uma competência essencial do exercício profissional, traduzindo-se na responsabilidade de conceber, planejar, organizar e avaliar os cuidados de enfermagem, de modo a garantir a sua continuidade e qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista tem um papel fulcral e ativo quando gere os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade (Ordem dos enfermeiros, 2019).

Assim, a gestão representa um domínio fundamental para garantir a qualidade de cuidados prestados.

Posteriormente, irei apresentar os objetivos e atividades que realizei ao longo do estágio final para adquirir competências no âmbito da gestão.

Competências:

- ⇒ Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;
- ⇒ Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- ⇒ Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização;
- ⇒ Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- ⇒ Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

Objetivos específicos:

- Compreender o papel do EESIP nas suas funções de gestão de cuidados de enfermagem;
- Desenvolver competências de gestão de cuidados e recursos.

O EESIP enquanto gestor, desempenha um papel crucial na organização, coordenação e otimização dos cuidados de saúde prestados à criança e à família, com base em princípios de liderança, planeamento, qualidade e segurança (Ordem dos enfermeiros, 2018).

A liderança nos contextos de saúde deve ser compreendida como um processo multifacetado, que envolve a escolha criteriosa de profissionais capazes de contribuir significativamente para a qualidade dos cuidados prestados. Nas organizações de saúde, o exercício da liderança revela-se particularmente relevante, dado o seu impacto direto nos resultados clínicos e na eficiência dos serviços (Pires, et al., 2023).

Ao longo de todos os estágios, e até na minha prática profissional diária, os Enfermeiros Especialistas são considerados Enfermeiros de referência a quem podemos recorrer quando precisamos de algum tipo de ajuda na nossa prática e também no processo de tomada de decisão.

No contexto de neonatologia e de urgência pediátrica, todos os enfermeiros com função de chefia durante os turnos eram enfermeiros especialistas. Desta forma, assumiam funções de gestão de recursos humanos e materiais. A nível de recursos humanos, ficavam responsáveis por realizar o plano de trabalho onde decidiam em que área cada enfermeiro deveria trabalhar (no contexto de urgência pediátrica) ou pela atribuição de doentes (no contexto de neonatologia).

No contexto de urgência pediátrica, o enfermeiro ficava responsável por atribuir uma área de trabalho (triagem, áreas médica, observação) de acordo com as competências de cada elemento. Esta especificidade, implica que o enfermeiro conheça bem os elementos que lidera de modo a conseguir fazer uma melhor gestão. No contexto de neonatologia, a distribuição de doentes também era feita de acordo com as competências de cada elemento e, por norma, doentes mais complexos eram atribuídos a enfermeiros com mais habilitações ou mais perícia.

Em caso de ausência, também é o EESIP que fica responsável por dar resposta a esta situação, através da reposição do elemento em falta ou através de uma

reorganização da gestão de cuidados. Em ambos os contextos pude **colaborar, em conjunto com as minhas enfermeiras tutoras, na elaboração do plano de trabalho de acordo com as competências de cada elemento.**

No contexto de neonatologia, o EESIP era também responsável pela gestão de vagas na unidade. Durante o meu estágio, consegui perceber a dificuldade desta tarefa e também a responsabilidade a ela inerente. A Unidade de Cuidados Intensivos, como unidade diferenciada e de referência, dá resposta a uma grande área populacional. Desta forma, a unidade dificilmente tem vagas e quando há necessidade de receber casos muito específicos a que outras unidades não conseguem dar resposta, existe a necessidade de transferir recém-nascidos para a unidade de cuidados intermédios. Esta avaliação é realizada pela enfermeira que está a coordenar o turno e pela equipa médica.

A gestão de conflitos é também uma competência essencial da prática avançada em enfermagem, uma vez que, conflitos mal geridos podem comprometer a qualidade dos cuidados, a comunicação entre profissionais e utentes, e o bem-estar das equipas de saúde. Nestas situações, o enfermeiro especialista assume um papel central na mediação e resolução dos conflitos. É importante destacar que, quando não são devidamente geridos, sobretudo os de maior complexidade, podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados, afetando negativamente a segurança e o bem-estar dos utentes (Sbordoni, et al., 2020).

Durante o meu estágio na urgência pediátrica, testemunhei uma situação de confronto entre uma mãe e uma enfermeira, motivada pela perceção de demora no atendimento. A mãe expressava a sua frustração e preocupação num tom exaltado, questionando a prioridade atribuída à sua filha. Com o apoio da minha enfermeira tutora, pude intervir de forma calma, escutando ativamente as preocupações da mãe, validando os seus sentimentos e explicando o funcionamento do sistema de triagem e a prioridade clínica. Esta abordagem ajudou a acalmar a mãe, permitindo que a enfermeira pudesse prosseguir com o seu trabalho e que a mãe se sentisse mais compreendida e segura.

No contexto de neonatologia e de urgência pediátrica, acompanhei as minhas enfermeiras orientadoras na **verificação de stock e material e na revisão da validade de medicação em stock**. Em todos os turnos que realizei durante o período da manhã, realizei a **verificação da sala de emergência** onde verificava todo o material e equipamentos.

Na ULS Gaia/ Espinho, onde realizei o meu estágio de urgência pediátrica, não existe unidade de cuidados intensivos, nem intermédios. Desta forma, durante o outono/inverno, quando existe necessidade de utilizar oxigenoterapia de alto fluxo (OAF) em infeções respiratórias, os doentes ficam internados na unidade de OBS na urgência Pediátrica. Os doentes com OAF são monitorizados rigorosamente durante 48h, e este registo era feito numa folha de papel que ficava numa pasta física. Os enfermeiros do contexto, manifestaram a necessidade de um instrumento onde pudessem realizar este registo de uma forma rápida, simples e mais segura. Desta forma, **desenvolvi uma tabela em formato Excel** que permitisse realizar facilmente o registo e que ficou guardada em todos os computadores da OBS (apêndice V).

O EESIP desempenha também um papel fundamental na integração de novos profissionais e estudantes em contextos clínicos. A sua experiência e competências especializadas permitem-lhe orientar e apoiar eficazmente aqueles que iniciam a sua prática profissional, promovendo um ambiente de aprendizagem seguro e colaborativo. O acompanhamento por um EESIP, pode mitigar os desafios enfrentados por novos profissionais, facilitando a sua adaptação e promovendo a aquisição de competências essenciais para a prática clínica (Santos, et al., 2023).

Durante a minha formação, tive a oportunidade de acompanhar e beneficiar da orientação de EESIPs que demonstraram um compromisso genuíno com o meu desenvolvimento profissional. A abordagem facilitadora e a capacidade de criar um ambiente de aprendizagem positivo foram cruciais para o meu crescimento e adaptação a cada contexto clínico.

Embora ainda não tenha tido a oportunidade de participar na integração de novos profissionais ou estudantes, reconheço a importância deste papel e na minha experiência profissional em internamento de Pediatria, tive a oportunidade de orientar duas alunas do curso licenciatura em Enfermagem.

5. Implicações do percurso formativo na prática profissional

O percurso formativo vivido no âmbito do Estágio Final representou um marco transformador na minha prática profissional, permitindo-me evoluir de uma atuação muitas vezes centrada no “fazer” para uma prática mais crítica, fundamentada e reflexiva. Antes, a minha intervenção estava sobretudo direcionada para a execução técnica segura e para o cumprimento de rotinas e protocolos estabelecidos, e hoje, compreendo que a excelência em enfermagem exige integrar o conhecimento científico, a reflexão crítica e a comunicação eficaz como dimensões indissociáveis do cuidar. Esta mudança traduziu-se num maior sentido de responsabilidade enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, capaz de intervir em diferentes contextos com uma visão global da criança/jovem e da família ao longo do ciclo vital.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a experiência possibilitou-me desenvolver competências técnicas e relacionais que até então não tinham sido aprofundadas no meu percurso profissional. Antes, a minha prática no contacto com recém-nascidos, em particular os RNPT, era marcada por alguma insegurança e pela tendência em centrar a atenção nas necessidades imediatas do quadro clínico. Hoje, reconheço a importância de uma abordagem individualizada e holística, valorizando a filosofia NIDCAP como referência para a promoção do desenvolvimento adequado e para o envolvimento ativo da família como parceira de cuidados. Esta mudança permite-me encarar o recém-nascido não apenas como um doente frágil, mas como um sujeito ativo de cuidado e de desenvolvimento, que exige uma intervenção sensível e ajustada ao seu ritmo.

No Serviço de Urgência Pediátrica, a aprendizagem foi igualmente significativa. Antes, o meu papel neste contexto era mais centrado na execução rápida de tarefas e no cumprimento de orientações imediatas. Hoje, compreendo a relevância do processo de triagem como momento crítico de avaliação inicial, que

requer uma análise sistematizada e fundamentada para garantir segurança e prioridade adequada no atendimento. Desenvolvi também maior consciência de que a comunicação clara e empática com a família desde este primeiro contacto é essencial para reduzir a ansiedade e criar um ambiente de confiança. Assim, passei de uma prática sobretudo orientada para a resposta técnica imediata para uma atuação mais crítica, capaz de avaliar, priorizar e comunicar de forma fundamentada, promovendo a segurança clínica e emocional da criança e da sua família.

Já nos **Cuidados de Saúde Primários**, e em particular na saúde escolar, a minha perspetiva foi profundamente alargada. Antes, a minha prática estava muito focada em contextos hospitalares, não valorizando plenamente o impacto da enfermagem na promoção da saúde e prevenção da doença em meio escolar. Hoje, reconheço que a proximidade às crianças e jovens neste espaço privilegiado permite identificar precocemente vulnerabilidades, intervir nos determinantes sociais da saúde e promover competências de autocuidado. A participação em atividades de saúde escolar proporcionou-me compreender que o enfermeiro especialista tem um papel decisivo na capacitação de crianças, jovens e famílias, contribuindo para escolhas mais saudáveis e para a redução de riscos futuros.

Em suma, este percurso formativo permitiu-me evoluir de uma prática centrada predominantemente no desempenho técnico para uma atuação que valoriza igualmente a investigação, a comunicação e a reflexão crítica. O antes traduzia-se numa postura mais reativa e pouco questionadora; o depois reflete uma profissional capaz de analisar contextos, propor mudanças fundamentadas, partilhar conhecimento e envolver as famílias como parceiras de cuidados.

Reconheço que este percurso representou um crescimento profundo, não apenas no plano profissional, mas também a nível pessoal, conferindo-me maior maturidade, confiança e sentido crítico no exercício da enfermagem. Levo comigo a consciência de que ser especialista implica assumir uma postura ativa de análise crítica, atualização e inovação. Nesse sentido, comprometo-me a continuar a

investir no meu desenvolvimento, a procurar e aplicar a evidência mais atual, a comunicar de forma clara e fundamentada com famílias e equipas multidisciplinares, e a participar ativamente na melhoria das práticas em saúde infantil e pediátrica. Mais do que prestar cuidados, assumo a responsabilidade de os transformar, assegurando que sejam sempre seguros, individualizados, humanizados e orientados para a qualidade.

6. Conclusão

A elaboração deste relatório constituiu muito mais do que o cumprimento de um requisito acadêmico, revelou-se um processo exigente de reflexão crítica, análise sistematizada e integração do meu percurso formativo vivido ao longo da especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Através da sua construção, foi possível reorganizar e consolidar aprendizagens, dar significado às experiências vividas em contexto clínico e evidenciar a evolução pessoal e profissional que caracterizou esta etapa formativa.

Os objetivos delineados, foram plenamente alcançados através do desenvolvimento de competências nos quatro domínios que estruturam a prática do Enfermeiro Especialista: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

Desenvolvi competências específicas na área da comunicação, na avaliação e gestão da dor, no apoio à parentalidade e nas transições familiares, bem como na prestação de cuidados em contextos de elevada complexidade clínica. Paralelamente, consolidei competências transversais na área da formação de pares, na gestão de recursos e equipas e na integração da evidência científica na prática.

Neste percurso, ficou evidente que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria atua em estreita parceria com a criança e a família, com o objetivo de potenciar o seu desenvolvimento e promover a saúde nos diferentes contextos onde se inserem. Esta abordagem exige do profissional um elevado nível de competência, conhecimento técnico-científico e sensibilidade relacional, uma vez que os cuidados prestados se revestem de significativa complexidade e responsabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A redação deste documento constituiu também um momento de introspeção sobre o percurso percorrido, permitindo reconhecer as dificuldades ultrapassadas, os recursos mobilizados e as competências desenvolvidas.

Mais do que descrever vivências, este relatório procurou atribuir-lhes significado. Representa, por isso, não apenas um produto final, mas uma ferramenta de crescimento profissional e científico que reforça a importância da prática reflexiva, da investigação em Enfermagem e da formação contínua como pilares essenciais da especialização.

Assim, este relatório configura-se como um marco na consolidação da minha identidade profissional enquanto Enfermeira Especialista, traduzindo o rigor, a ética e o compromisso que devem nortear o cuidado em saúde infantil e pediátrica.

Referências Bibliográficas

APAV. Estatísticas da APAV: Crianças e jovens vítimas de crime e violência. s.l.: APAV, 2024.

AZEVEDO, Oswalcir Almeida de; CRUZ, Diná de Almeida. Indicadores de qualidade da documentação do processo de enfermagem na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021. Vol. 74.

BARREIRA, Luís Filipe. Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2021.

BARROSO, Ricardo G.; MACHADO, Carla. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 2010. Vol. 52.

CARDOSO, Daniela; et al. Tradução e adaptação de instrumentos sobre prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 2019. Vol. 23.

COMISSÃO NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS. Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2023. 2024.

CONCEIÇÃO E NEVES, Maria Marília Andrade Marques da. O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 2012.

COSTA, Anabela. Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família. s.l.: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2013.

COYNE, Imelda; HALLSTRÖM, Inger; SÖDERBÄCK, Maja. Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 2016. Vol. 20.

DABNEY, Kirk; et al. Cultural competence in pediatrics: health care provider knowledge, awareness, and skills. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2015. Vol. 13.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Maus-tratos em crianças e jovens – guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma nº 009/2018: Avaliação da dor como 5.º sinal vital. s.l.: Diário da República, 2018.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Manual de apoio à operacionalização do processo de enfermagem. s.l.: Ministério da Saúde, 2020.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Ministério da Saúde, 2020.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Saúde 2030. s.l.: Ministério da República, 2022.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Referencial para uma Parentalidade Positiva. Lisboa: Ministério da Saúde, 2019.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. NORMA N.º 05/2024: Imunização Sazonal contra o Vírus Sincicial Respiratório em Idade Pediátrica: Outono-Inverno 2024-2025. s.l.: Ministério da Saúde, 2024.

ENKE, Christian; et al. Communicating with parents in neonatal intensive care units: the impact on parental stress. *Patient Education and Counseling*, 2017. Vol. 100.

FAGUANG, Jin; et al. Effectiveness and safety of Buzzy device in needle-related procedures for children under twelve years of age: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 2024. Vol. 103.

FEGRAN, Liv; et al. Nurses' and doctors' experiences of transferring adolescents or young adults with long-term health conditions from pediatric to adult care: a metasynthesis. *Global Qualitative Nursing Research*, 2023. Vol. 10.

FRIEDRICHSORF, Stefan J.; et al. Pain outcomes in a US children's hospital: a prospective cross-sectional survey. *Hospital Pediatrics*, 2015. Vol. 5.

GAGNON, Anita J.; SANDALL, Jane. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007.

GOLSÄTER, Marie; et al. Child health care nurses' cultural competence in health visits with children of foreign background. *Nursing Open*, 2022. Vol. 10.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Nursing Research: A Tool for Action*. s.l.: Nursing Matters, 1999.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE*. 2021.

KING, Gillian; et al. The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 2014.

KOZLOWSKI, Lori J.; et al. Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Management Nursing*, 2014. Vol. 15.

MARTINEZ, Elena; TOCANTINS, Florence; SOUZA, Sonia. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2013. Vol. 34.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2019.

MOLL-BERTÓ, Andreu; et al. A systematic review of the effectiveness of non-pharmacological therapies used by nurses in children undergoing surgery. *Pain Management Nursing*, 2024. Vol. 25.

NIDCAP FEDERATION INTERNATIONAL. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program [online]. 2025. [Consult. 15 fev. 2025]. Disponível em: <https://nidcap.org/program-overview/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Sistema de informação de enfermagem: princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Leiria: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2017.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Diário da República, 2018. N.º 33, Série II.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º 422/2018 – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. s.l.: Diário da República, 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. s.l.: Ministério da Saúde, 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Diário da República, 2019. Série II, nº 26.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: Diário da República, 2021. Nº 43/2021, Série II.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. 2021.

PAPATHANASIOU, Ioanna V.; et al. Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. *Acta Informatica Médica*, 2014. Vol. 22.

PEIXOTO, Maria José; et al. Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Livro de Comunicações*, 2016.

PINA, João; et al. Clinical efficacy questionnaire and evidence-based practice: confirmatory factorial analysis in a nurse sample. *Millennium*, 2020. Vol. 2.

PIRES, Marina; et al. Competências de liderança do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2023.

PRESSE. Material de prevenção do abuso sexual infantil [online]. ARS Norte. [Consult. 19 abr. 2025]. Disponível em: <https://www.presse.com.pt/materiais-jogos/>

RUIVO, M. A.; FERRITO, C.; NUNES, L. Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. s.l.: Revista Percursos, 2010. Vol. 15.

SANTOS, Margarida Reis; PIRES, Regina. Fatores facilitadores e dificultadores da integração de enfermeiros recém-formados. *Servir*, 2023. Vol. 4.

SBORDONI, Eduarda de Carlo; et al. Estratégias utilizadas por enfermeiros para mediação de conflitos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020. Vol. 73.

SILVA, Sofia; SAMPAIO, Catarina; MARQUES, Goreti. Intervenções do enfermeiro de saúde infantil e pediatria na promoção da parceria de cuidados à criança e família: revisão integrativa. *Servir*, 2024. Vol. 2.

SIMONCINI, Elisa; et al. The effectiveness of the Buzzy device in reducing pain in children undergoing venipuncture: a single-center experience. *Pediatric Emergency Care*, 2023. Vol. 39.

SNS24. Prevenção da violência contra crianças e jovens. s.l.: Ministério da Saúde, 2023.

THESTRUP, Jakob; et al. Paediatric patient perceptions of healthcare professionals: contributions to a communication curriculum. *European Journal of Pediatrics*, 2024.

TWYCROSS, Alison; FORGERON, Paula; WILLIAMS, Anna. Paediatric nurses' postoperative pain management practices in hospital-based non-critical care settings: a narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 2015. Vol. 52.

UMAN, Lindsay S.; et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006. Vol. 18.

UNDERDOWN, Angela; et al. Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE S. JOÃO. Neonatologia [online]. 2024. [Consult. 7 mai 2025]. Disponível em: <https://portal-chsj.min-saude.pt/a-nossa-saude/clinicos/uag-da-mulher-e-crianca/neonatologia>

WILSON, D.; HOCKENBERRY, M. J. Wong's Essentials of Pediatric Nursing. s.l.: Elsevier, 2023.

WONG, Cho Lee; CHOW CHOI, Kai. Effects of an immersive virtual reality intervention on pain and anxiety among pediatric patients undergoing venipuncture. JAMA Network Open, 2023. Vol. 6.

ZEIDANI, Azin; et al. The effect of the communication skills training on the sensitivity and cultural competence of the nurses in the pediatric wards: A quasi-experimental study. Journal of Education and Health Promotion, 2023. Vol. 12.

|

7. Apêndices

Apêndice I: Planejamento, apresentação e avaliação da atividade de estágio em contexto de UCC “Formação de Pares: Imunização Sazonal Contra o VSR”



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Planeamento da atividade de estágio em contexto de UCC:

“Formação de Pares: Imunização Sazonal Contra o VSR”

Estudante: Tânia Costa

Sob orientação de: Prof^a Dr^a Constança Festas

Porto, Dezembro de 2024

Índice

1. <i>Introdução</i>	118
2. <i>Enquadramento teórico</i>	119
2.1 <i>População-alvo</i>	119
2.2 <i>Período de Imunização</i>	121
2.3 <i>Locais de Imunização</i>	122
2.4 <i>Imunização disponível</i>	122
2.5 <i>Posologia e modo de administração</i>	122
2.6 <i>Contraindicações</i>	124
2.7 <i>Advertências e precauções especiais</i>	124
2.8 <i>Administração concomitante com outras vacinas</i>	124
2.9 <i>Duração da proteção</i>	125
2.10 <i>Precauções na conservação</i>	125
2.11 <i>Vigilância após a imunização</i>	126
2.12 <i>Registo</i>	126
2.13 <i>Administração em grávidas</i>	126
2.14 <i>Protocolo de anafilaxia</i>	127
3. <i>Planeamento</i>	Erro! Marcador não definido.
3.1 <i>Diagnóstico de situação</i>	128
4. <i>Objetivos</i>	128
5. <i>Seleção e organização de estratégias de ensino/ aprendizagem</i>	129
6. <i>Programação da atividade</i>	130
7. <i>Avaliação da atividade</i>	131
8. <i>Conclusão</i>	137
9. <i>Bibliografia</i>	137

1. Introdução

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é uma causa mais comuns de infeções respiratórias graves em idade pediátrica, provocando epidemias anuais sazonais que ocorrem no outono-inverno, representando uma sobrecarga importante para os serviços de saúde (Direção Geral de Saúde, 2024).

Em 2015, o VSR foi mundialmente associado a 33,1 milhões de infeções respiratórias, 3,2 milhões de internamentos hospitalares e uma mortalidade geral de 118,200 crianças com menos de 5 anos (Torres, et al., 2023).

São considerados grupos de risco lactentes, prematuros e crianças até aos 24 meses com algumas doenças cardiopulmonares e algumas imunodeficiências (Direção Geral de Saúde, 2024).

Em 2022, a Agência Europeia do Medicamento (European Medicines Agency - EMA) autorizou a utilização de um anticorpo monoclonal de ação longa - nirsevimab (Beyfortus®) para a prevenção da doença das vias aéreas inferiores causada por VSR (Direção Geral de Saúde, 2024).

Tendo em conta a incidência de doenças respiratórias graves causadas por VSR em Portugal, e com base na evidência científica atualmente existente, passou a ser recomendada a imunização com este anticorpo monoclonal na época sazonal que teve início em outubro deste ano (Direção Geral de Saúde, 2024).

Assim, a imunização com o anticorpo monoclonal passa a estar incluída na campanha de vacinação sazonal.

Desta forma, é evidente a importância de termos profissionais conscientes do impacto das infeções respiratórias causadas por VSR e capacitados para a administração da nova vacina.

2. Enquadramento teórico

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é uma das causas mais comuns de infeção respiratória em idade pediátrica, que nas épocas outono-inverno é responsável por grandes epidemias em climas temperados representando uma grande sobrecarga para os serviços de saúde (Direção Geral de Saúde, 2024).

Em 80% dos casos, o VSR tem como consequências infeções do trato respiratório superior, otite média e bronquiolite. Também é responsável por infeções respiratórias do trato inferior, incluindo pneumonia e agudização de asma ou sibilância induzida pelo próprio vírus (Drysdale, et al., 2016).

Mundialmente, em 2015 o VSR foi responsável por 33,1 milhões de infeções agudas do trato respiratório, 3,2 milhões de internamentos hospitalares e uma mortalidade global de 118,200 crianças com menos de 5 anos de idade (Torres, et al., 2023).

Desta forma, o VSR é considerado a segunda maior causa de mortalidade, depois da malária, em crianças fora do período neonatal (Torres, et al., 2023).

Em 2022, a agência Europeia do Medicamento (EMA) autorizou a utilização do anticorpo monoclonal de ação longa-nirsevimab (Beyfortus®) para a prevenção das consequências causadas por VSR, nos principais grupos de risco (Direção Geral de Saúde, 2024).

Tendo em conta a carga estimada de VSR em Portugal, e com base na evidência científica, a imunização com o anticorpo monoclonal passa a estar incluída na campanha de vacinação sazonal, desde o dia 1 de outubro do presente ano.

Em agosto deste ano, a direção geral de saúde (DGS) publicou uma norma para a imunização, que contém as orientações necessárias para a realização da imunização (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.1 População-alvo

A vacinação contra o VSR está incluída na vacinação sazonal e será recomendada e gratuita para 3 grupos que foram estabelecidos. Estes grupos foram criados tendo em conta o risco acrescido de desenvolver doença grave causada por VSR:

Grupo A: Todas as crianças nascidas entre 1 de agosto de 2024 e 31 de março de 2025 (Direção Geral de Saúde, 2024).

Grupo B: Todas as crianças pré-termo com idade gestacional até 33 semanas + 6 dias, nascidas entre 1 de janeiro e 31 de julho de 2024 (Direção Geral de Saúde, 2024).

Grupo C: Todas as crianças com outros fatores de risco acrescido para infeção grave por VSR a entrar na primeira ou na segunda época sazonal de infeção por VSR, que ainda não tenham completado 24 meses até ao dia 30 de setembro de 2024 (Direção Geral de Saúde, 2024).

Dentro do grupo de risco C, os fatores acrescidos considerados são:

- i. Cardiopatia hemodinamicamente significativa, cianótica ou acianótica;
- ii. Hipertensão pulmonar moderada ou grave;
- iii. Displasia broncopulmonar moderada ou grave;
- iv. Doença pulmonar crónica de qualquer etiologia que necessitaram de tratamento contínuo (oxigenoterapia, broncodilatadores, diuréticos ou corticoides) nos 6 meses que antecedem a época do VSR;
- v. Doença neuromuscular com compromisso respiratório;
- vi. Sequelas de hérnia diafragmática congénita grave (i.e., que tiveram necessidade de utilização de prótese ou de oxigenação por membrana extracorpórea - ECMO);
- vii. Imunodeficiência combinada grave, infeção VIH com imunossupressão grave ou imunodeficiência grave devida a tratamento imunossupressor, doenças hemato-oncológicas;

- viii. Anomalias cromossómicas e doenças hereditárias do metabolismo com compromisso imunitário ou problemas respiratórios significativos;
- ix. Fibrose quística (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.2 Período de Imunização

A imunização contra o VSR teve início no dia 1 de outubro de 2024 e termina a 31 de março de 2025. A administração tem de obedecer aos critérios de elegibilidade de acordo com os grupos de risco estabelecidos:

- Grupo A: Ao nascimento, para os nascidos entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025;
- Grupo B, C e grupo A (nascidos apenas em agosto e setembro): A partir do dia 1 de outubro de 2024, na primeira oportunidade para todas as crianças que nasceram antes de 1 de outubro (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.3 Locais de Imunização

A imunização contra o VSR ocorre:

- **Maternidade:** para as crianças que nasceram a partir do dia 1 de outubro, para as crianças incluídas no grupo a. A administração será realizada 24 a 48 horas após o nascimento ou na primeira oportunidade caso ocorra alguma situação clínica de instabilidade ou contra-indicação;
- **Cuidados de saúde primários:** para as crianças incluídas no grupo A (nascidas em agosto ou setembro) com administração a partir de 1 de outubro de 2024 na primeira oportunidade;
- **Cuidados de saúde primários ou meio hospitalar:** para as crianças que fazem parte do grupo C, com administração a partir de 1 de outubro de 2024. A escolha deve ter em conta os antecedentes da criança e os possíveis riscos (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.4 Imunização disponível

Na época sazonal 2024-2025 está disponível o anticorpo monoclonal nirsevimab (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.5 Posologia e modo de administração

A vacina contra o VSR estará disponível em duas dosagens diferentes, numa seringa pré-perada.

Para as crianças com $\leq 5\text{Kg}$, será administrada a vacina de 50mg por via intramuscular.

Para crianças com $> 5\text{kg}$, será administrada a vacina de 100mg por via intramuscular.

A utilização da vacina em crianças com $< 1\text{Kg}$ deverá ser excepcional e ponderada, tendo em conta os riscos e benefícios da sua utilização. Os ensaios clínicos

realizados com o anticorpo monoclonal, preveem uma maior exposição maior em lactentes com menor peso do que aqueles que tem mais peso (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.6 Contraindicações

A vacina está contraindicada em todas as crianças com história de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes:

- L-histidina;
- Cloridrato de L-histidina;
- Cloridrato de L-arginina;
- Sacarose;
- Polissorbato 80;
- Água para preparações injetáveis (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.7 Advertências e precauções especiais

Caso ocorra algum sinal ou sintoma de reação de hipersensibilidade clinicamente significativa ou em caso de anafilaxia, a administração deve ser interrompida de imediato e deve ser abordado o protocolo de reação anafilática de acordo com a Norma do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (Direção Geral de Saúde, 2024).

A administração da vacina deve ser feita com precaução em lactentes com trombocitopenia ou em alterações da coagulação, como qualquer injeção intramuscular. A administração em cuidados de saúde primários deve ser ponderada em equipa e sempre que a administração não for considerada segura, a criança deve ser encaminhada para o contexto hospitalar (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.8 Administração concomitante com outras vacinas

Os ensaios clínicos realizados com o anticorpo mostram um bom perfil de segurança e reatogenicidade quando ocorre vacinação concomitante ou quando administrada isoladamente. Desta forma, a vacina pode ser administrada

concomitantemente ou com qualquer intervalo com outras vacinas pediátricas (Direção Geral de Saúde, 2024).

Devemos ter em consideração que esta vacina não deve ser misturada na mesma seringa com outras vacinas e deve ser administrada em locais de injeção diferentes. Caso não seja possível fazer a administração em membros diferentes, deve ser administrada a $\geq 2,5\text{cm}$, devendo ser assegurada a distribuição uniforme em termos de lateralidade (Direção Geral de Saúde, 2024).

A escolha do local de administração deve ter em conta:

- Até aos 12 meses de idade, a inoculação deve ser feita na coxa;
- A partir dos 12 meses, a inoculação deve ser feita na parte superior do braço;
- Quando não for considerado desenvolvimento muscular suficiente na parte superior do braço, a administração pode ser realizada na coxa (Direção Geral de Saúde, 2024)

2.9 Duração da proteção

Com base nos dados obtidos nos ensaios clínicos e farmacocinéticos, a duração da proteção conferida por nirsevimab é de, pelo menos, 5 meses (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.10 Precauções na conservação

A vacina deve ser conservada entre 2°C a 8°C no frigorífico. Não pode ser congelada, nem deve ser agitada ou exposta ao calor direto (Direção Geral de Saúde, 2024).

A seringa pré-cheia, deve permanecer dentro da embalagem exterior protegida da luz. Caso esteja num ambiente à temperatura ambiente, entre 20°C a 25°C, quando protegida da luz, pode ser utilizada até 8 horas. Após este período deve ser descartada (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.11 Vigilância após a imunização

- Após a imunização, a criança deve permanecer em vigilância no local da imunização durante um mínimo de 30 minutos;
- O cuidador da criança que recebeu a imunização deve ser informado relativamente a possíveis reações adversas;
- Não existe tratamento específico para uma sobredosagem com nirsevimab. No caso de sobredosagem, a criança deve ser monitorizada quanto à ocorrência de reações adversas e receber tratamento sintomático apropriado (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.12 Registo

A administração do anticorpo monoclonal deve ser registada na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS, com o código “IgVSR” e deve ser registado também o critério de elegibilidade. Todos os atos de imunização devem ser registados durante a sessão de administração dos mesmos ou até 24 horas após, na indisponibilidade do sistema (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.13 Administração em grávidas

A Vacina contra o VSR está também disponível nas farmácias comunitárias e pode ser administrada em grávidas. Caso a mãe tenha recebido a vacina, na maioria dos casos, não será necessário fazer a administração ao recém-nascido/lactente (Direção Geral de Saúde, 2024).

No entanto, a vacinação pode ser ponderada em alguns casos:

- 1) Quando a mãe recebeu a vacina à menos de 14 dias, prevemos que não terá ocorrido tempo necessário para o desenvolvimento e transferência placentária de anticorpos maternos para conferir proteção ao recém-nascido;
- 2) Pode também ser considerada em circunstâncias que é admissível o benefício adicional com a sua administração:

- i. Mães que podem não ter desenvolvido uma resposta imunitária adequada à vacinação (grávidas com imunossupressão) ou que têm condições associadas à transferência reduzida de anticorpos transplacentários (grávidas com infeção VIH);
- ii. Crianças que podem ter sofrido perda de anticorpos maternos (por exemplo, se submetidos a circulação extracorpórea, oxigenação por membrana extracorpórea ou exsanguíneotransfusão);
- iii. Crianças dos grupos B e C do Quadro I, que completam mais de 6 meses durante a época sazonal (até 31 de março de 2025) (Direção Geral de Saúde, 2024).

2.14 Protocolo de anafilaxia

Consideramos que estamos perante uma anafilaxia quando existe comprometimento de 2 ou mais sistemas. Num episódio de anafilaxia é importante descrever os sinais e sintomas que comprometem os sistemas (Direção Geral de Saúde, 2014).

A primeira ação perante este episódio, é remover o alergénio. A primeira linha de tratamento passa pela administração de adrenalina intramuscular que pode ser repetida até 3 vezes. Caso não ocorra melhoria de sintomas, pode ser administrado concomitantemente um corticoide e anti-histamínico. Após a estabilização clínica deve manter-se o doente em observação durante 8 a 24 horas, pelo que deve ser encaminhado para o meio hospitalar. Depois deste episódio, o doente deve ser observado em consulta de imunoalergologia e deve ser notificada a reação na plataforma CPARA (Catálogo Português de Alergias e Outras Reações Adversas) (Direção Geral de Saúde, 2014).

3. Diagnóstico de situação

Este planeamento surge da necessidade formativa sentida pela equipa de enfermagem na sequência da implementação da administração do anticorpo monoclonal nirsevimab na prevenção de infeções respiratórias causadas por VSR durante a época sazonal 2024-2025.

Enquanto formadora pretendo atingir os seguintes objetivos:

- **Objetivos gerais:**

- ⇒ Sensibilizar a equipa para a incidência do VSR e o impacto nas hospitalizações;

- ⇒ Aumentar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a imunização contra o VSR.

- **Objetivos específicos:**

- ⇒ Indicar a incidência do VSR em Portugal e no mundo;

- ⇒ Identificar os grupos de risco;

- ⇒ Identificar a população-alvo;

- ⇒ Identificar os fatores de risco acrescidos para o desenvolvimento de doença grave causada por VSR;

- ⇒ Conhecer o período de imunização;

- ⇒ Identificar os locais de imunização;

- ⇒ Identificar o método de administração;

- ⇒ Reconhecer as contraindicações;

- ⇒ Reconhecer as advertências e precauções.

4. Objetivos

Os conteúdos a serem abordados na apresentação são os seguintes:

- Impacto da hospitalização;

- Grupos de risco;

- População alvo;
- Fatores de risco;
- Período de imunização;
- Locais de imunização;
- Contraindicações para administração da vacina;
- Advertências e preocupações;
- Administração concomitante com outras vacinas;
- Local de administração;
- Duração da proteção;
- Precauções na conservação;
- Vigilância após a imunização;
- Registo;
- Vacinação de grávidas;
- Abordagem do protocolo de anafilaxia (Direção Geral de Saúde, 2024).

5. Seleção e organização de estratégias de ensino/ aprendizagem

Para a apresentação do planeamento da atividade vou utilizar o método afirmativo- participativo com técnica expositiva com o auxílio de uma apresentação PowerPoint e recurso a um projetor multimédia.

A apresentação contém gráficos, imagens e esquemas que tornam a informação mais dinâmica e menos cansativa para o público-alvo (Direção Geral de Saúde, 2024).

6. Programação da atividade

<p>Formadores: Tânia Costa</p> <p>Tema: Imunização sazonal contra o VSR</p> <p>Grupo-alvo: Equipa de Enfermagem</p> <p>Data: 19/12/2024</p> <p>Local: UCC</p> <p>Duração: 30 minutos</p> <p>Objetivo geral: Aumentar o conhecimento sobre a imunização contra o VSR</p> <p>Objetivos específicos:</p>			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Recursos
<p>Introdução 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação pessoal e do tema; - Objetivos da sessão; - Enquadramento da temática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint
<p>Desenvolvimento 15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto da hospitalização; - Grupos de risco; - População alvo; - Fatores de risco; - Período de imunização; - Locais de imunização; - - Contraindicações para administração da vacina; - Advertências e preocupações; - Administração concomitante 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint

	com outras vacinas; - Local de administração; - Duração da proteção; - Precauções na conservação; - Vigilância após a imunização; - Registo; - Vacinação de grávidas; - Abordagem do protocolo de anafilaxia.		
Conclusão 5 minutos	- Resumo das ideias principais; - Esclarecimento de dúvidas.	- Método expositivo/participativo	- Apresentação PowerPoint

7. Avaliação da atividade

O número total de formados foi 7 e todos eles faziam parte da população-alvo definida para a ação de formação.

A avaliação do conteúdo da formação foi realizada através da aplicação de um questionário com as seguintes questões de verdadeiro/falso:

1. O vírus sincicial respiratório (VSR) é considerado um dos principais agentes patógenos causadores de infeções graves do trato respiratório inferior que afeta principalmente lactentes e crianças pequenas. (V)
2. São considerados grupos de risco acrescido apenas os prematuros e crianças com doenças crónicas. (F)
3. Foram definidos 2 grupos como população alvo: grupo 1 (Todas as crianças pré-termo com idade gestacional até 33 semanas + 6 dias, nascidas entre 1 de

janeiro e 31 de julho de 2024) e grupo 2 (todas as crianças com outros fatores de risco acrescido para infecção grave por VSR). (F)

4. Crianças com doenças cardiopulmonares representam riscos acrescidos para o desenvolvimento de doença grave causada por VSR. (V)

5. O período de imunização teve início em Setembro de 2025 e termina a 31 de Março de 2025. (F)

6. A imunização contra o VSR será realizada apenas nos cuidados de saúde primários. (F)

7. Até aos 12 meses a administração deve ser realizada na coxa por via intramuscular. (V)

8. Não existem contraindicações para esta vacina. (F)

9. A administração em lactentes com trombocitopenia ou qualquer perturbação da coagulação deve ser feita com precaução. (V)

10. A vacina contra o VSR não pode ser administrada concomitantemente com outras vacinas. (F)

O questionário foi aplicado no início e fim da sessão, de modo a avaliar o aumento de conhecimentos da equipa.

Apresento de seguida os resultados da avaliação diagnóstica (gráfico 1), avaliação final (gráfico 2), a percentagem de respostas certas e erradas no questionário de diagnóstico (gráfico 3) e a percentagem de respostas certas e erradas no questionário final (gráfico 4).

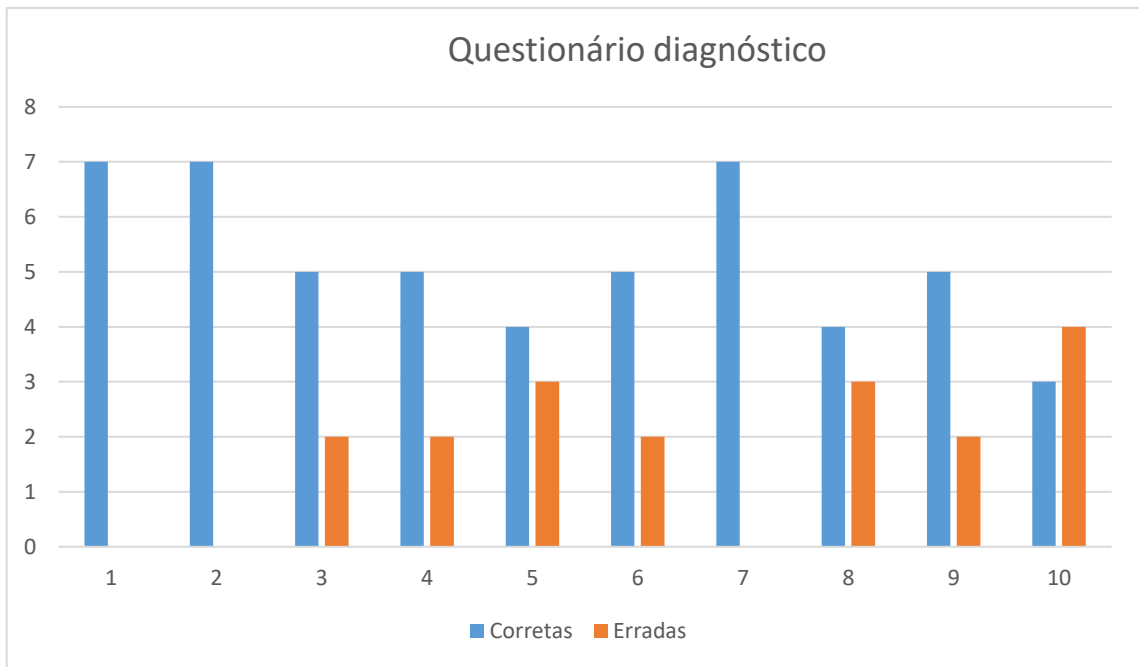


Gráfico 1

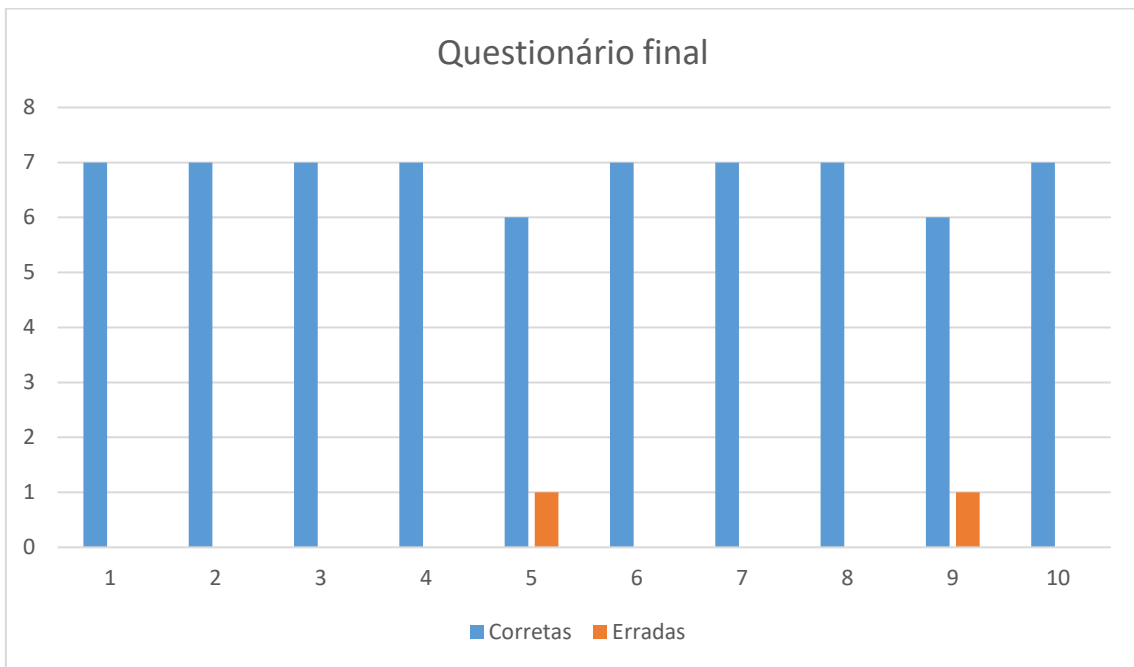


Gráfico 2

Percentagem de respostas ao questionário de diagnóstico

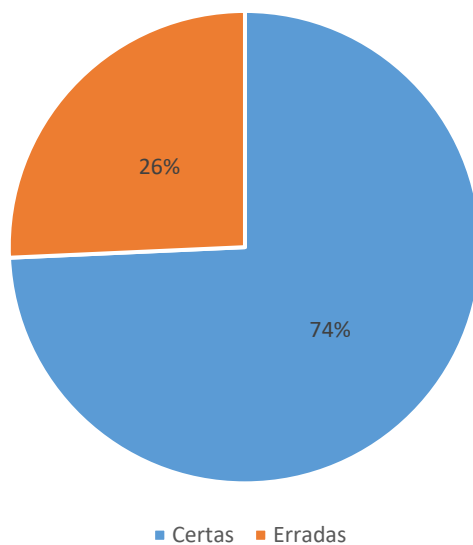
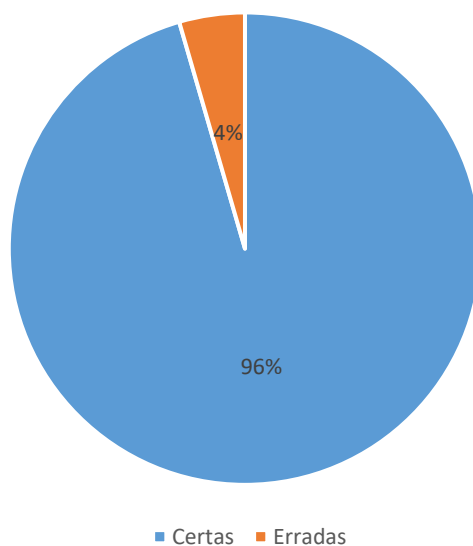


Gráfico 3

Percentagem de respostas ao questionário final



Com estes dados, podemos concluir que os conteúdos abordados esclareceram os participantes com um aumento de 22% de respostas certas.

A avaliação da atividade quanto à forma foi realizada no final da sessão, através de um questionário na plataforma Google forms onde os enfermeiros poderão classificar algumas afirmações com a seguinte escala:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Não concordo Nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

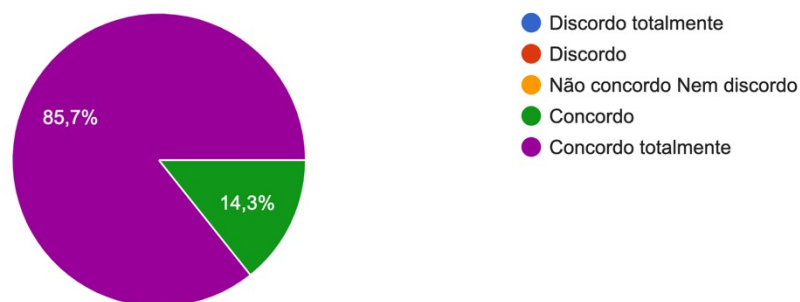
As afirmações colocadas serão:

- 1- O tema da sessão foi pertinente.
- 2- Os conteúdos abordados estavam organizados de forma clara e coerente.
- 3- A duração da sessão foi adequada.
- 4- Os conteúdos abordados são úteis para a minha prática profissional.
- 5- O formador transmitiu a informação de forma clara e pertinente.
- 6- O Suporte didático utilizado na apresentação foi adequado.

Apresento de seguida os resultados através de gráficos por pergunta:

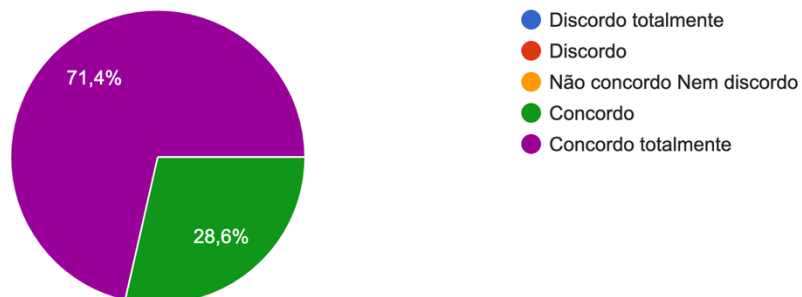
Os conteúdos abordados estavam organizados de forma clara e coerente

7 respostas



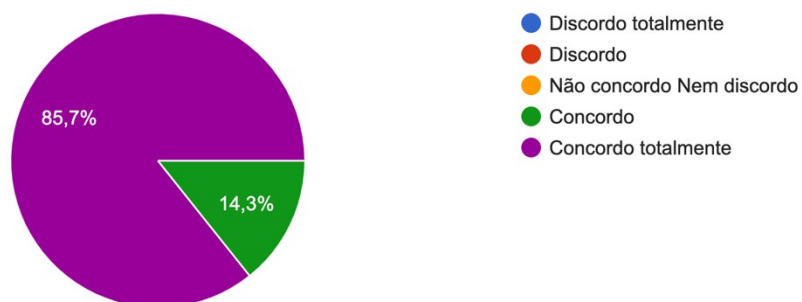
Os conteúdos abordados são úteis para a minha prática profissional

7 respostas



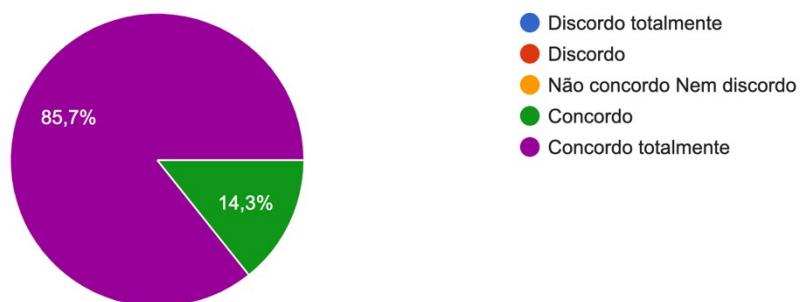
O formador transmitiu a informação de forma clara e pertinente

7 respostas



A duração da sessão foi adequada

7 respostas



8. Conclusão

A formação de pares é uma das atividades que nos permite desenvolver competências como enfermeiros especialistas e que faz parte dos meus objetivos para este estágio. Com a realização deste planeamento consegui definir os objetivos para atividade, adquirir novos conhecimentos com a realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema, refleti sobre como poderia abordar o tema e que recursos seriam mais adequados. Desta forma, o planeamento contribuiu para o meu desenvolvimento de competências com futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

9. Referências Bibliográficas

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Anafilaxia: Abordagem Clínica. Lisboa: República Portuguesa, 2014.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Imunização Sazonal contra o Vírus Sincicial Respiratório em Idade Pediátrica: Outono-Inverno 2024-2025. Lisboa: República Portuguesa, 2024.

DRYSDALE, Simon; GREEN, Christopher; SANDE, Charles. Best practice in the prevention and management of paediatric respiratory syncytial virus infection. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 2016. Vol. 3.

TORRES, Ana Rita; et al. Resurgence of Respiratory Syncytial Virus in Children: An Out-of-Season Epidemic in Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 2023. Vol. 36.

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

IMUNIZAÇÃO SAZONAL CONTRA O VSR

ALUNA EESIP: TÂNIA COSTA

ORIENTADORA:

PROF. DR.ª ORIENTADORA: CONSTANÇA FESTAS

O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

O vírus sincicial respiratório (VSR) é considerado um dos principais agentes patógenos causadores de infeções graves do trato respiratório inferior que afeta principalmente lactentes e crianças pequenas. Em 2015, o VSR foi associado a 33,1 milhões de infeções agudas do trato respiratório inferior, 3,2 milhões de internamentos hospitalares e uma mortalidade global de 118.200 crianças menores de cinco anos no mundo todo.

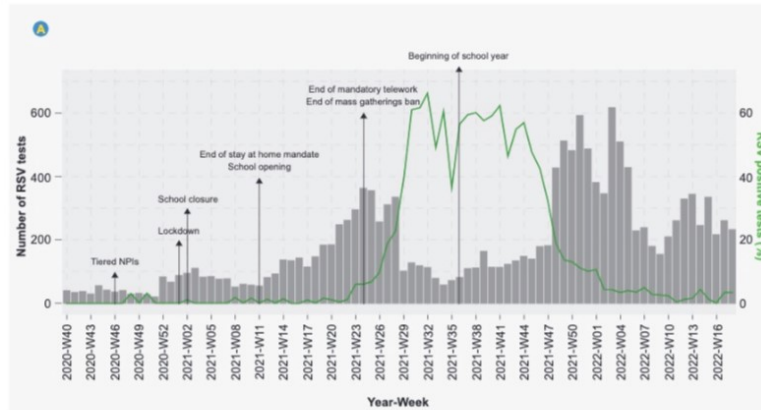
 16 dez. 2022

O vírus sincicial respiratório (RSV) foi responsável pela hospitalização de mais de 26 mil crianças com infeção respiratória aguda entre 2015 e 2018, representando 6,7 % do total dos internamentos até aos cinco anos, refere um estudo sobre a carga e gravidade das hospitalizações resultantes deste vírus em Portugal.

 MY PNEUMOLOGIA

(Torres, Guiomar, Verdasca, Melo, & Rodrigues, 2023)

OVÍRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO



(Torres, Guiomar, Verdasca, Melo, & Rodrigues, 2023)

GRUPOS DE RISCO

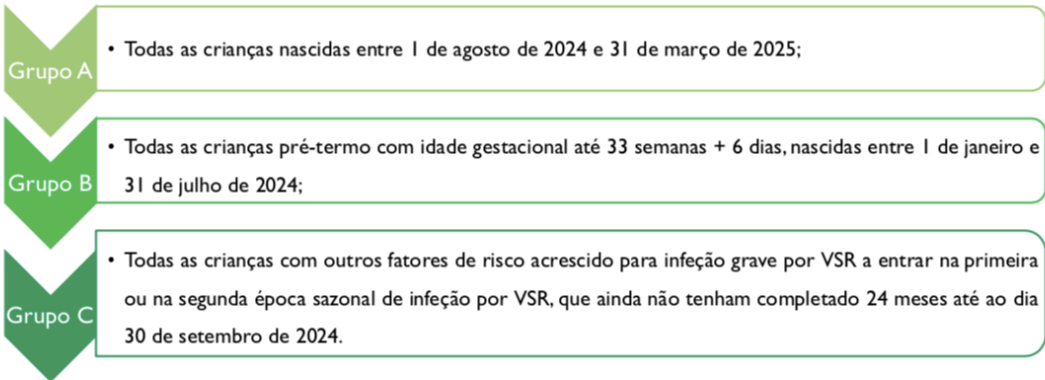
Crianças nos primeiros meses de idade

Prematuros

Crianças com doenças crónicas

(Direção geral de saúde, 2024)

POPULAÇÃO ALVO



(Direção geral de saúde , 2024)

FATORES DE RISCO

- Cardiopatia hemodinamicamente significativa, cianótica ou acianótica;
- Hipertensão pulmonar moderada ou grave;
- Displasia broncopulmonar moderada ou grave;
- Doença pulmonar crónica de qualquer etiologia que necessitaram de tratamento contínuo (oxigenoterapia, broncodilatadores, diuréticos ou corticoides) nos 6 meses que antecedem a época do VSR;
- Doença neuromuscular com compromisso respiratório;

(Direção geral de saúde , 2024)

FATORES DE RISCO

- Sequelas de hérnia diafragmática congénita grave (i.e., que tiveram necessidade de utilização de prótese ou de oxigenação por membrana extracorpórea – ECMO);
- Imunodeficiência combinada grave, infeção VIH com imunossupressão grave ou imunodeficiência grave devida a tratamento imunossupressor, doenças hemato-oncológicas;
- Anomalias cromossómicas e doenças hereditárias do metabolismo com compromisso imunitário ou problemas respiratórios significativos;
- Fibrose quística.

(Direção geral de saúde, 2024)

PERÍODO DE IMUNIZAÇÃO

A imunização é sazonal, decorrendo entre **1 de outubro de 2024** e **31 de março de 2025**, e deve ser administrada, de acordo com os critérios de elegibilidade:

- a) Ao nascimento, para os nascidos entre **1 de outubro de 2024** e **31 de março de 2025** (Grupo A);
- b) A partir de **1 de outubro de 2024**, na primeira oportunidade, para os nascidos antes de **1 de outubro de 2024** (Grupo A nascidos em agosto e setembro de 2024 e Grupos B e C).

(Direção geral de saúde, 2024)

LOCAIS DE IMUNIZAÇÃO

1. **Maternidade** para as crianças incluídas no grupo A com administração ao nascimento (24 a 48 horas de idade ou na primeira oportunidade nas crianças com contraindicação para administração neste período);
2. **Cuidados de saúde primários** para as crianças incluídas no grupo A e para as crianças incluídas no grupo B, com administração a partir de 1 de outubro de 2024, na primeira oportunidade;
3. **Cuidados de saúde primários ou em meio hospitalar** para as crianças que fazem parte do grupo C.

(Direção geral de saúde , 2024)

IMUNIZAÇÃO DISPONÍVEL NA ÉPOCA SAZONAL 2024-2025

- Na época sazonal 2024-2025 está disponível o anticorpo monoclonal **nirsevimab**;
- **Posologia e modo de administração:**



Peso corporal	Dose
< 5Kg*	50 mg, administrados por via intramuscular
≥ 5Kg	100 mg, administrados por via intramuscular

*A utilização em crianças com < 1,0 Kg deve ser excepcional, ponderando cuidadosamente os benefícios e riscos da sua utilização. Prevê-se que a exposição em lactentes com <1 kg produza exposições mais elevadas do que naqueles que pesam mais.

(Direção geral de saúde , 2024)

CONTRA-INDICAÇÕES

- História de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes (L-histidina, Cloridrato de L-histidina, Cloridrato de L-arginina, Sacarose, Polissorbato 80, Água para preparações injetáveis).

(Direção geral de saúde , 2024)

ADVERTÊNCIAS E PREOCUPAÇÕES

- a) Se ocorrerem sinais e sintomas de uma reação de hipersensibilidade clinicamente significativa ou anafilaxia, deve ser interrompida imediatamente a administração e deve seguir-se a abordagem nos termos da Norma do Programa Nacional de Vacinação (PNV) relativos a reação anafilática;
- b) Deve ser administrado com precaução a lactentes com trombocitopenia ou qualquer perturbação da coagulação, como com quaisquer outras injeções intramusculares.

Em situações de maior gravidade, pode ser ponderada, pelo médico assistente, a administração em contexto hospitalar.

(Direção geral de saúde , 2024)

ADMINISTRAÇÃO CONCOMITANTE COM VACINAS

- Nirsevimab **pode ser administrada concomitantemente**, ou com qualquer intervalo de tempo, com as vacinas pediátricas de rotina;
- Em ensaios clínicos, quando nirsevimab foi administrado com vacinas pediátricas de rotina, o perfil de segurança e reatogenicidade da vacinação concomitante foi semelhante ao observado com a administração das vacinas isoladas.

(Direção geral de saúde, 2024)

ADMINISTRAÇÃO CONCOMITANTE COM VACINAS

Nirsevimab não pode ser misturada com outras vacinas. Quando ocorrer vacinação concomitante, deve ser realizada com seringas individuais e em locais de administração diferentes.

Caso não seja possível escolher locais de administração diferentes, pode administrar-se mais do que uma vacina e o anticorpo monoclonal no mesmo membro, desde que as injeções sejam distanciadas $\geq 2,5$ cm, devendo ser assegurada a distribuição uniforme das inoculações em termos de lateralidade.

(Direção geral de saúde, 2024)

LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO

- Até aos 12 meses de idade, a inoculação deve ocorrer na coxa;
- A partir dos 12 meses de idade, a inoculação deve ser feita na parte superior do braço;
- Quando não existir desenvolvimento muscular suficiente da parte superior do braço, a administração pode ser feita na coxa.

(Direção geral de saúde , 2024)

DURAÇÃO DA PROTEÇÃO

- Com base nos dados clínicos e farmacocinéticos, a duração da proteção conferida por nirsevimab é de, pelo menos 5 meses.

(Direção geral de saúde , 2024)

PRECAUÇÕES NA CONSERVAÇÃO

- Conservar no frigorífico (2°C a 8°C);
- Não congelar;
- Não agitar ou expor ao calor direto;
- Manter a seringa pré-cheia dentro da embalagem exterior para proteger da luz;
- Pode ser conservado à temperatura ambiente (20°C a 25°C) quando protegido da luz, durante um máximo de 8 horas.

(Direção geral de saúde , 2024)

VIGILÂNCIA APÓS A IMUNIZAÇÃO

- Após a imunização, a criança deve permanecer em vigilância no local da imunização durante um mínimo de **30 minutos**;
- O cuidador da criança que recebeu a imunização deve ser informado relativamente a possíveis reações adversas;
- Não existe tratamento específico para uma sobredosagem com nirsevimab. No caso de sobredosagem, a criança deve ser monitorizada quanto à ocorrência de reações adversas e receber tratamento sintomático apropriado.

(Direção geral de saúde , 2024)

REGISTO

- A administração do anticorpo monoclonal, independentemente do local de administração, deve ser registada na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS, com o código “IgVSR”, devendo também ser registados os critérios de elegibilidade nos termos da presente Norma.
- Todos os atos de imunização devem ser registados durante a sessão de administração dos mesmos ou até 24 horas após, na indisponibilidade do sistema.

(Direção geral de saúde , 2024)

VACINAÇÃO DE GRÁVIDAS

- Atendendo a que a vacina contra VSR para administração à grávida se encontra disponível nas farmácias comunitárias, **se a grávida a recebeu**, na maioria dos casos não será necessário administrar nirsevimab ao recém-nascido/lactente. Embora não existam dados de utilização do anticorpo monoclonal em crianças após vacinação materna;
- A sua administração deve ser considerada em crianças nascidas menos de 14 dias após a vacinação materna.

(Direção geral de saúde , 2024)

PODE SER CONSIDERADA NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

- a) Mães que podem não ter desenvolvido uma resposta imunitária adequada à vacinação (grávidas com imunossupressão) ou que têm condições associadas à transferência reduzida de anticorpos transplacentários;
- b) Crianças que podem ter sofrido perda de anticorpos maternos;
- c) Crianças dos grupos B e C, que completam mais de 6 meses durante a época sazonal (até 31 de março de 2025).
Atendendo a que vacina confere proteção passiva contra a doença desde o nascimento até aos 6 meses de idade, nestes casos, a imunização deve ocorrer na primeira oportunidade após completarem 6 meses de idade.

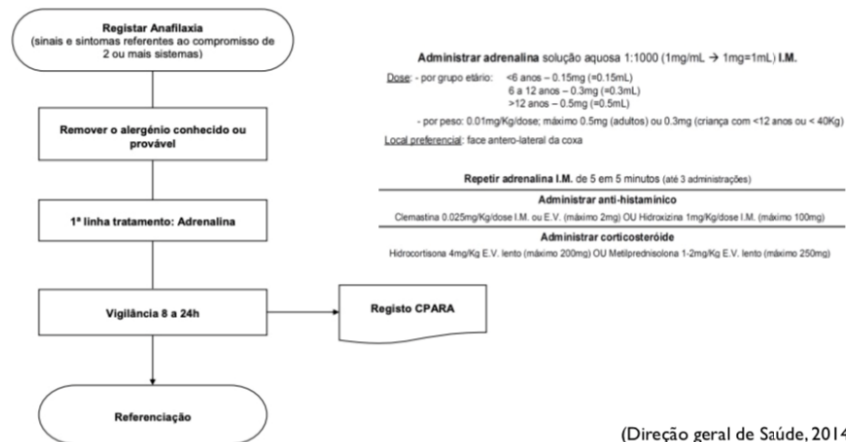
(Direção geral de saúde , 2024)

ENSAIOS CLÍNICOS DA NIRSEVIMAB

- Demonstrou eficácia na prevenção de infeções respiratórias baixas e infeções respiratórias baixas graves causadas por VSR e um bom perfil de segurança, com uma relação risco-benefício favorável;
- A reação adversa mais frequente foi erupção cutânea (0,7%), que ocorreu dentro de 14 dias após a administração;
- Adicionalmente, pirexia e reações no local da injeção foram notificadas com uma taxa de 0,5% e 0,3% respetivamente, dentro de 7 dias após a administração.

(Direção geral de saúde , 2024)

ABORDAGEM DA ANAFILAXIA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção geral de saúde. (2024). *Imunização Sazonal contra o vírus Sincicial Respiratório em Idade Pediátrica Outono-Inverno 2024-2025*. Lisboa: República Portuguesa.
- Torres, A., Guiomar, R., Verdasca, N., Melo, A., & Rodrigues, A. (2023). Resurgence of Respiratory Syncytial Virus in Children: An Out-of-Season Epidemic in Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 343-352.
- Direção geral de Saúde. (2014). *Anafilaxia: Abordagem Clínica*. Lisboa: Ordem dos Médicos.

Apêndice II: Revisão da Literatura “O papel da comunicação na adaptação ao diagnóstico da doença crónica na criança e família”

O papel da comunicação na adaptação ao diagnóstico da doença crónica na criança e família

Resumo

Introdução: O diagnóstico de uma doença crónica na infância apresenta desafios significativos para a criança e para a família, exigindo adaptações constantes. Crianças e famílias com doença crónica tem uma maior probabilidade de múltiplos internamentos. A comunicação entre profissionais de saúde, crianças e famílias desempenha um papel crucial na minimização do impacto emocional, no sucesso da adesão terapêutica e na gestão da doença no domicílio.

Objetivo: Esta revisão tem como objetivo explorar a importância da comunicação no processo de adaptação da criança e da família ao diagnóstico de uma doença crónica, identificando estratégias fundamentais para otimizar este processo.

Métodos: O estudo seguiu a metodologia do Joanna Briggs Institute (2020) e o modelo PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada em duas bases de dados PubMed e SciELO, considerando os artigos publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de inclusão foram definidos com base na mnemónica PCC: População (crianças, famílias e enfermeiros), Conceito (papel da comunicação) e Contexto (qualquer ambiente de saúde).

Resultados: Foram incluídos 13 artigos, predominantemente qualitativos (69,23%). Os achados destacam que uma comunicação eficaz e empática facilita a adaptação da família, melhora a adesão ao tratamento e reduz o impacto emocional. Estratégias comunicacionais como escuta ativa, uso de linguagem clara e acessível e a incorporação de atividades lúdicas foram fundamentais para fortalecer a relação entre a criança, a família e os profissionais de saúde. Modelos de cuidados centrados na família e conferências familiares emergiram como ferramentas essenciais para otimizar o processo comunicacional.

Conclusão: A comunicação é um elemento essencial na adaptação ao diagnóstico de uma doença crónica, influenciando a qualidade do cuidado, a construção da confiança e o bem-estar emocional. O papel dos enfermeiros é crucial para garantir uma comunicação eficaz, no empoderamento familiar e na melhoria da gestão da doença. Recomenda-se o investimento na capacitação dos profissionais de saúde para fortalecer a comunicação e otimizar os cuidados centrados na criança e família.

Palavras-chave: Pediatric Nursing; Chronic disease; Child; Family

Introdução

A doença crónica na criança é considerada como qualquer patologia com duração mínima de um ano, em que são envolvidos um ou mais sistemas orgânicos que resultam em limitações severas que requerem cuidados especializados. (Koch, et al., 2023) (Loura, et al., 2024)

O diagnóstico de uma doença crónica na infância representa múltiplos desafios significativos para a criança e família, desencadeando mudanças emocionais, sociais e organizacionais que exigem adaptações constantes. Neste contexto, a comunicação entre profissionais de saúde, criança e família desempenha um papel crucial para facilitar o processo e minimizar o impacto negativo desta condição (Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study, 2021) (Koch, et al., 2023).

As doenças crónicas, pela sua complexidade, também estão relacionadas a um grande número de internamentos, que por sua vez é considerado um momento com forte impacto na vida da criança e família. (Loura, et al., 2024) (Collet, et al., 2022)

O enfermeiro tem um papel fundamental neste contexto, uma vez que é o profissional que desempenha funções com maior proximidade da criança e família em relação aos outros profissionais. (Mororo, et al., 2020)

Cuidar de crianças e jovens com doença crónica exige que os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica desenvolvam parcerias eficazes com a criança e família (Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review, 2024).

Diante desse cenário, esta revisão da literatura tem como objetivo responder à seguinte questão de investigação: "Qual a importância da comunicação na adaptação ao diagnóstico da doença crónica na criança e família?".

A partir da análise de diversos estudos, pretendemos compreender como é que a comunicação pode influenciar a adaptação da família ao diagnóstico e identificar as melhores práticas para otimizar esse processo.

Metodologia

A revisão seguiu as orientações da metodologia apresentada pelo The Joanna Briggs Institute (2020) e do modelo PRISMA ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extended for Scoping Reviews) para a estruturação da informação recolhida.

Os critérios de inclusão foram definidos considerando a mnemónica PCC – população (crianças, famílias e enfermeiros), conceito (o papel da comunicação) e contexto (qualquer contexto). Foi definida uma janela temporal nesta revisão de modo a utilizar a mais recente bibliografia, utilizando apenas os artigos publicados nos últimos 5 anos.

A pesquisa foi realizada através das bases de dados PubMed e Scielo utilizando as palavras-chave: (((pediatric nursing) AND (chronic disease)) AND (child)) AND (family). A Figura 1 apresenta o fluxograma de PRISMA que demonstra o percurso metodológico de seleção e exclusão de artigos que constituem a Scoping Review.

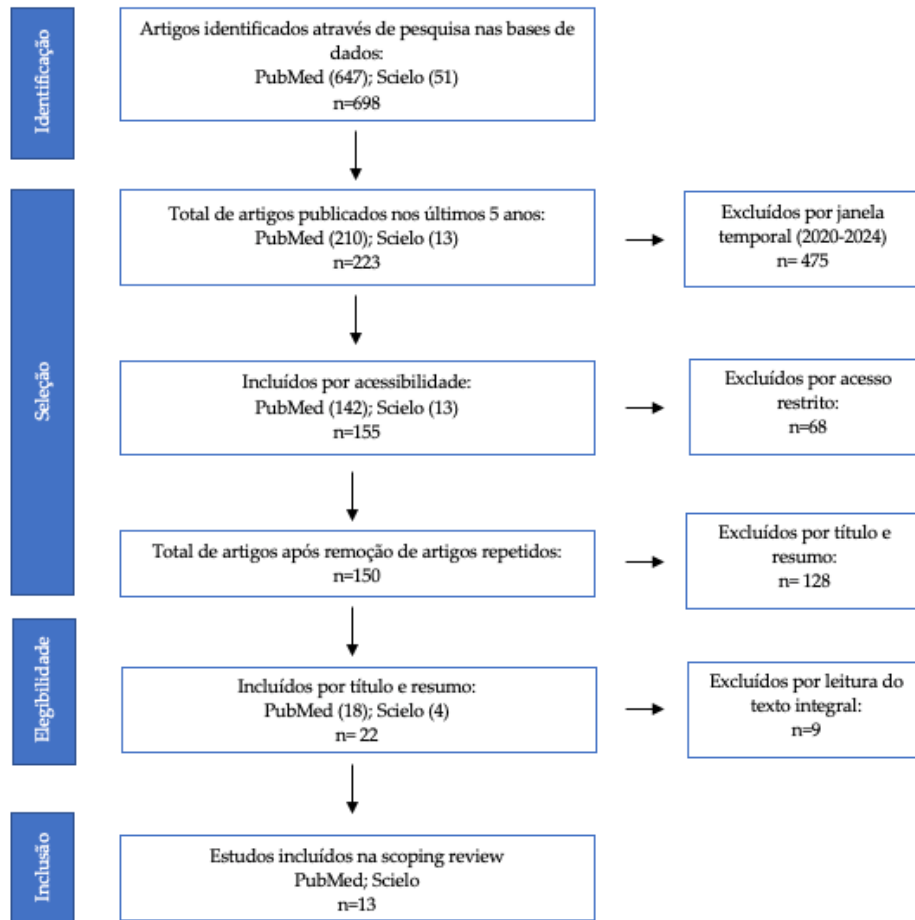


Figura 1 - Fluxograma de PRISMA

Resultados e Discussão

Dos 13 artigos analisados, 11 estavam em inglês (84,62%) e 2 em Português (15,38%). A metodologia mais utilizada foi o método qualitativo, com uma percentagem de 69,23%. Os principais contextos sobre os quais incidiram os estudos são: Unidades de Cuidados Intensivos com uma correspondência de 27,27% e Unidades Pediátricas com uma percentagem igual de 27,27%. Todos os artigos analisados (figura 2) abordam a temática pretendida.

Título	Objetivo	Método	Contexto	Considerações
--------	----------	--------	----------	---------------

Understanding the participation of mothers in the care for their children with chronic diseases in an Intensive Care Unit	Compreender a percepção de mães de crianças com doenças crônicas hospitalizadas em unidade intensiva quanto a sua participação no cuidado ao filho	Estudo qualitativo	Unidade de Cuidados Intensivos	As mães consideram a comunicação uma componente essencial do cuidado, que pode facilitar as dificuldades que são experienciadas. Consideram que a linguagem deve ser acessível e que a comunicação deve ser cautelosa. A forma como a informação é transmitida pode gerar sentimentos que confortam ou desamparam a família. A comunicação eficaz ajuda a estabelecer uma relação efetiva entre os enfermeiros e a família que influencia diretamente o cuidado à criança.
Children with type 1 diabetes mellitus: the experience of disease	Identificar os principais desafios vivenciados pela criança com diabetes mellitus tipo 1 e descrever as estratégias de enfrentamento que utilizam para se adaptarem.	Estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada	Ambulatório	A utilização de estratégias criativas na comunicação entre o profissional e a criança facilita a expressão de sentimentos e vivências com significados importantes para o seu cuidado clínico. O uso de linguagem simples e estratégias lúdicas são válidas para promover o aumento da expressão dos sentimentos das crianças, contribuindo para a sua aprendizagem, adesão ao tratamento, autoestima e outros.
Reducing Psychological Impacts on Children with Chronic Disease via Family Empowerment: A Scoping Review	Explorar intervenções de empoderamento familiar como métodos potenciais para reduzir o impacto de doenças crônicas	Scoping Review	Qualquer contexto	O empoderamento familiar como intervenção de enfermagem aumenta a qualidade de vida, a autocapacidade do cuidado familiar e reduz o impacto psicológico em crianças com doenças crônicas. Além disso, estas intervenções podem melhorar a saúde mental da criança, como a qualidade de vida, autoeficácia, autoestima, apoio social, autocapacidade e estilo de vida.
Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families with a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study	Explorar quais as fontes de stress relacionadas com o internamento em unidade de cuidados intensivos	Qualitativo descritivo	Unidade de Cuidados Intensivos	Os cuidadores de crianças com doenças crônicas consideram fundamental uma comunicação clara e coordenada. Garantir uma comunicação eficaz com as famílias ajuda a estabelecer relações de confiança e facilita o envolvimento familiar nos cuidados. As conferências familiares interdisciplinares e o desenvolvimento de competências de comunicação centrada na família poderão ajudar no alcance desta relação de confiança.
Atenção terciária à criança com doença crônica na perspectiva da gestão do cuidado	Analisar as ações desenvolvidas na atenção terciária à criança com doença crônica na perspectiva da gestão do cuidado.	Qualitativo	Unidade pediátrica	O envolvimento da família nos cuidados durante a hospitalização contribui para uma melhor gestão da doença no domicílio e estimula sua autoconfiança. Além disso, diminui a ocorrência de reinternação. A comunicação estabelecida entre profissional-família é primordial na atenção às necessidades da criança, além de prepará-las para enfrentar os possíveis desafios após sua alta hospitalar. O profissional de saúde deve promover ações ampliadas de cuidado centrado na família a partir de informações esclarecedoras, ensino de habilidades e técnicas de autocuidado, estratégias de <i>feedback</i> e reforço a uma comunicação efetiva e de qualidade.
The psychosocial challenges of mothers of children with thalassemia: A qualitative study	Explicar os desafios psicossociais de mães com filhos com talassemia com base em suas experiências vividas	Qualitativo	Centros de tratamento	O apoio e a educação em saúde por parte dos membros da equipe de tratamento são uma solução para reduzir os desafios, o estresse e os problemas das mães com crianças com talassemia.
The crossroads of parental decision making: intersections of hope, communication, relationships, and emotions	Explorar como a esperança dos pais provedores pode influenciar a tomada de decisão e o cuidado a uma criança com doença crônica complexa	Qualitativo descritivo	Unidade Pediátrica	As emoções, esperança e comunicação demonstram ter um papel fundamental para construir relacionamentos de confiança entre pais e profissionais levando a tomadas de decisão produtivas. A comunicação eficaz e reuniões regulares contribuem para relacionamentos que apoiam uma esperança realista e tomadas de decisão efetiva e compartilhada.
Perspectives of Pediatric Providers on Patients With Complex Chronic Conditions: A Mixed-Methods Sequential Explanatory Study	Examinar as perspectivas dos prestadores de cuidados de saúde em unidades	Estudo misto exploratório sequencial	Unidade de cuidados intensivos	As famílias sentem a necessidade de melhorias na comunicação. As conferências familiares são uma solução para melhorar este aspeto, de forma a bordar as

	de cuidados intensivos pediátricos em relação à criança com doença crónica complexa e explorar oportunidades potenciais para melhorar o atendimento a esses pacientes.			preocupações da família e estabelecer metas diárias, de curto e longo prazo.
Health-illness transition processes in children with complex chronic conditions and their parents: a scoping review	Mapear as evidências disponíveis sobre os processos de transição de saúde-doença em crianças e famílias com doenças crónicas complexas	Scoping Review	Qualquer contexto	Um relacionamento com a criança, por meio da escuta ativa, encorajando afirmações positivas, fomentando a confiança e estabelecendo prioridades realistas sobre o futuro, promove esperança na criança. A priorização do treinamento e da capacitação como meio de desenvolver a autogestão e a autoeficácia é vista como uma intervenção promotora de transição segura. Ao longo do processo de cuidar, a adoção de um estilo de relacionamento e comunicação positiva e de apoio entre a criança, os pais e os profissionais é o principal fator facilitador de adaptação à doença, principalmente quando inclui comunicação explícita, sentimento de confiança nos profissionais e um tom afetuoso e disponível na relação terapêutica.
Significados atribuídos por familiares acerca do diagnóstico de doença crónica na criança	Compreender os significados atribuídos por familiares cuidadores acerca do diagnóstico de doença crónica na criança	Qualitativo	Unidade Pediátrica	Quando a família tem conhecimento sobre a patologia da criança, manifestações e implicações, desenvolve um cuidado com qualidade e autonomia, prevenindo recidivas e descompensações da saúde da criança. O fornecimento de informações sobre a doença, cuidados e tratamento devem ser efetivados entre enfermeiros e família de modo claro, de acordo com sua compreensão, no ambiente no qual se encontram e interagem. O planeamento de intervenções de enfermagem, tanto à criança quanto à família permitem ir além do atendimento das suas necessidades de saúde, ampliando-a em direção à conquista da confiança mútua, pautada na busca efetiva do sucesso terapêutico desejado.
Enfermeiro como integrador na gestão do cuidado à criança com condição crónica	compreender a prática do enfermeiro na gestão do cuidado à criança com condição crónica no contexto hospitalar	Estudo analítico de abordagem qualitativa	Unidade Pediátrica	O enfermeiro revelou-se fundamental para gestão do cuidado à criança com condição crónica, atuando como mediador da relação entre o médico, os outros integrantes da equipe de saúde, a criança e sua família. Observa-se também, a influência do sistema cultural e organizacional da unidade sob os atributos de comunicação e interação interprofissional, essenciais para a prática colaborativa no cuidado à saúde. Nessa direção, ressaltam-se “as implicações da cultura organizacional de saúde para as práticas do cuidado colaborativo e a importância do enfermeiro como integrador nas instâncias do trabalho nas instituições de saúde por meio do seu protagonismo, na liderança e na comunicação”.
Exploring Health Educational Interventions for Children with Congenital Heart Disease: Scoping Review	Mapear e explorar intervenções educacionais de saúde existentes para crianças com cardiopatia congênita.	Scoping Review	Qualquer contexto	Intervenções educacionais prometem melhorar a qualidade de vida, as habilidades de autogestão e o conhecimento de crianças com cardiopatia congênita e suas famílias. Melhorar a literacia em saúde em pacientes pediátricos pode reduzir a carga educacional dos pais e aumentar a eficiência dos profissionais de saúde ao melhorar a comunicação e o empoderamento do paciente.

Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review	Explorar as experiências de enfermagem em parceria entre enfermeiros ao cuidar de crianças e jovens com doenças crônicas e suas famílias.	Revisão sistemática qualitativa	Qualquer contexto	Enfermeiros que têm excelentes habilidades de comunicação e são bem-sucedidos no desenvolvimento de um relacionamento terapêutico com as crianças e famílias podem achar mais fácil negociar uma parceria bem-sucedida entre criança-pais-enfermeiro. A comunicação foi vista como o atributo mais importante ao desenvolver uma parceria terapêutica entre enfermeiros, crianças com condições de longo prazo e suas famílias. Os enfermeiros sentem que a comunicação verbal e não verbal transparente e clara era vital para fornecer cuidados seguros ao paciente. A comunicação foi vista pelos enfermeiros como uma forma de compartilhar conhecimento e informações entre eles e os pais, pois isso permitiu um aumento na confiança e no relacionamento.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 2 - Tabela de artigos que constituem a revisão integrativa

Da leitura dos artigos descritos na tabela de evidências, foi possível constatar que a comunicação desempenha um papel central na adaptação da criança e família ao diagnóstico de doença crônica.

Os estudos analisados revelam que uma comunicação eficaz e empática entre os profissionais de saúde e os cuidadores, leva a uma redução do impacto emocional, promovendo um maior envolvimento nos cuidados, uma melhor adesão terapêutica, facilitando a gestão da doença a longo prazo e conseqüentemente uma menor taxa de reinternamentos (Gonçalves, et al., 2022) (Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study, 2021) (Xavier, et al., 2020).

A comunicação também foi identificada como fator facilitador do processo de transição, constatando-se que promove uma transição segura no processo de adaptação à doença (Loura, et al., 2024).

Observou-se que a forma como a informação é transmitida revela um papel fundamental e determinante na experiência da família e da criança. A transmissão de informação através de uma comunicação clara, acessível e adaptada às necessidades influencia diretamente a percepção da qualidade do cuidado, através da redução do stress e promoção de uma relação de confiança

(Gonçalves, et al., 2022) (Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study, 2021) (Xavier, et al., 2020) (Aguiar, et al., 2021) (Koch, et al., 2023).

Foi identificado que estratégias comunicacionais como escuta ativa e o envolvimento de atividades lúdicas tornam-se fundamentais para fortalecer o vínculo e criar relações de confiança entre enfermeiro – família – criança e promoção da esperança na criança e família (Loura, et al., 2024) (Aguiar, et al., 2021) (Koch, et al., 2023).

A comunicação mostrou também ter um papel essencial no empoderamento familiar, contribuindo para o aumento da autonomia e autoeficácia na gestão da doença. A educação em saúde e os ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem, contribuem desta forma para a redução dos desafios enfrentados pela família, para a redução do stress e para o aumento da qualidade de vida, autocapacidade do cuidado familiar e melhoria da saúde mental da criança como autoestima e autocapacidade. (Reducing Psychological Impacts on Children with Chronic Disease via Family Empowerment: A Scoping Review, 2022) (The psychosocial challenges of mothers of children with thalassemia: A qualitative study, 2022) (Exploring Health Educational Interventions for Children With Congenital Heart Disease: Scoping Review, 2025)

Na perspetiva da equipa de enfermagem, observou-se que os enfermeiros desempenham um papel fundamental como mediadores da comunicação entre a equipa multidisciplinar e que enfermeiros com maiores habilidades de comunicação são mais bem-sucedidos no desenvolvimento da relação terapêutica tornando-se mais fácil a negociação e uma parceria de cuidados bem-sucedida (Mororo, et al., 2020) (Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review, 2024).

A implementação de um modelo de cuidados centrado na família, baseada numa comunicação clara mostrou eficácia melhoria da qualidade do cuidado e no

fortalecimento de relações de confiança (Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review, 2024) (Collet, et al., 2022).

Observamos que as famílias sentem a necessidade de melhorias na comunicação com a equipa de enfermagem e salientam a importância das conferências familiares como forma de abordar as preocupações das famílias e gerir expectativas (Koch, et al., 2023) (Perspectives of Pediatric Providers on Patients With Complex Chronic Conditions: A Mixed-Methods Sequential Explanatory Study, 2020).

Considerações finais

A revisão da literatura evidencia que a comunicação é um elemento fundamental na adaptação ao diagnóstico da doença crónica da criança e família, tendo um papel determinante na qualidade de vida da criança e família.

A forma como os profissionais de saúde interagem e transmitem a informação tem influência direta nas emoções dos cuidadores e crianças, na adesão ao regime terapêutico e na melhoria da gestão da doença após o momento da alta hospitalar (Koch, et al., 2023) (Gonçalves, et al., 2022) (Aguiar, et al., 2021) (Collet, et al., 2022) (Xavier, et al., 2020).

Existem estratégias de comunicação que podem facilitar este processo e que são promotoras de uma relação de confiança como: escuta ativa, uso de linguagem acessível e reforço positivo (Loura, et al., 2024) (Aguiar, et al., 2021).

O papel dos enfermeiros é destacado como imprescindível na transmissão de informação e promoção do empoderamento familiar (Collet, et al., 2022) (Mororo, et al., 2020).

Assim, de modo a minimizar as consequências e melhorar o processo de adaptação à doença crónica torna-se fundamental: o investimento em estratégias de comunicação, a utilização de uma linguagem clara e coordenada, promover

cuidados centrados na família, perceber as necessidades da criança e família e dar resposta as mesmas, promover a realização de conferências familiares.

A comunicação eficaz deve ser vista como uma ferramenta terapêutica indispensável para minimizar o impacto emocional das crianças e famílias e fortalecer a adaptação à realidade da doença crónica.

Contudo, existem desafios a superar como a falta de padronização na transmissão de informação e a capacitação contínua dos profissionais de saúde na melhoria de competências comunicacionais. Desta forma, é essencial que as instituições de saúde invistam na formação dos seus profissionais, garantindo um atendimento mais humanizado e eficaz.

Como limitação, existem poucos estudos que abordem a incidência das doenças crónicas em idade pediátrica, sendo que os estudos existentes exploram mais a doença crónica nos adultos. Estudos nesta área poderiam ser relevantes para percebermos melhor o impacto em relação a esta temática.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, Gabriel B.; MACHADO, Maria Estela D.; SILVA, Liliane F.; AGUIAR, Rosane C. B.; CHRISTOFFEL, Marialda M. Children with type 1 diabetes mellitus: the experience of disease. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2021. Vol. 55. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011803725>

BARBAZI, Neda; SHIN, Ji Youn; HIREMATH, Gurumurthy; LAUFF, Carlye Anne. Exploring Health Educational Interventions for Children With Congenital Heart Disease: Scoping Review. JMIR Pediatrics and Parenting, 2025. Vol. 8. doi: 10.2196/64814

BARRATT, Macey; BAIL, Kasia; LEWIS, Peter; PATERSON, Catherine. Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review. Journal of Clinical Nursing, 2024. Vol. 33, p. 932-950. doi: 10.1111/jocn.16924

COLLET, Neusa; SILVA, Bruno G. A.; VIEIRA, Viviane L. D.; FERNANDES, Livia T. B.; BATISTA, Ana Flávia M. B.; VAZ, Elizama M. C. Atenção terciária à criança com doença crônica na perspectiva da gestão do cuidado. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2022. Vol. 43. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200402.pt>

GONÇALVES, Angélica M.; SILVA, Camilla C.; CABEÇA, Lilia P. F.; MELO, Luciana L. Compreendendo a participação de mães no cuidado aos filhos com doenças crônicas em unidade intensiva. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2022. Vol. 43. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210314.pt>

GRANDJEAN, Caroline; ULLMANN, Philippe; MARSTON, Miranda; MAITRE, Marie-Claude; PEREZ, Marie-Hélène; RAMELET, Anne-Sylvie and the OCToPuS Consortium. Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of

Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study. *Frontiers in Pediatrics*, 2021. Vol. 9. doi: 10.3389/fped.2021.740598

KOBUSSEN, Taylor A.; HANSEN, Gregory; BROCKMAN, Rebecca J.; HOLT, Tanya R. Perspectives of Pediatric Providers on Patients With Complex Chronic Conditions: A Mixed-Methods Sequential Explanatory Study. *Critical Care Nurse*, 2020. Vol. 40, n. 5, p. e10-e17. doi: 10.4037/ccn2020710

KOCH, Amie; ALBRECHT, Tara; KOZHUMAM, Arthi S.; SON, Heeyeon; BRANDON, Debra; DOCHERTY, Sharron L. The crossroads of parental decision making: Intersections of hope, communication, relationships, and emotions. *Journal of Child Health Care*, 2023. Vol. 27, n. 2, p. 300-315. doi: <https://doi.org/10.1177/13674935211059041>

LOURA, David; FERREIRA, Ana Margarida; ROMEIRO, Joana; CHAREPE, Zaida. Health-illness transition processes in children with complex chronic conditions and their parents: a scoping review. *BMC Pediatrics*, 2024. Vol. 24. doi: 10.1186/s12887-024-04919-4

MARDHIYAH, Alifiansyah; PANDURAGAN, Shivaani L.; MEDIANI, Henny S. Reducing Psychological Impacts on Children with Chronic Disease via Family Empowerment: A Scoping Review. *Healthcare*, 2022. Vol. 10. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10102034>

MORORÓ, Deborah D. S.; MENEZES, Rhea M. P.; QUEIROZ, Andréia A. R.; ASSIS SILVA, Camilla J.; PEREIRA, Wenysson A. Nurse as an integrator in healthcare management of children with chronic condition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020. Vol. 73, n. 3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0453>

NABAVIAN, Marjan; CHERAGHI, Fatemeh; SHAMSAEI, Farshid; TAPAK, Leili; TAMADDONI, Azam. The psychosocial challenges of mothers of children with thalassemia: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 2022. Vol. 11, n. 37.

XAVIER, Daiani M.; GOMES, Giovana C.; CESAR-VAZ, Mary R. Meanings assigned by families about children's chronic disease diagnosis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020. Vol. 73, n. 2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0742>

Apêndice III: Poster científico “O papel da comunicação na adaptação ao diagnóstico da doença crónica na criança e família”

O papel da comunicação na adaptação ao diagnóstico da doença crónica na criança e família

Tânia Costa | Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Universidade Católica Portuguesa | Escola de Enfermagem (Porto) ULS S. João; Constança Festas Universidade Católica Portuguesa | Escola de Enfermagem (Porto)

Introdução

O diagnóstico de uma doença crónica na infância apresenta desafios significativos para a criança e para a família, exigindo adaptações constantes. Crianças e famílias com doença crónica tem uma maior probabilidade de múltiplos internamentos. A comunicação entre profissionais de saúde, crianças e famílias desempenha um papel crucial na minimização do impacto emocional, no sucesso da adesão terapêutica e na gestão da doença no domicílio.

Objetivo

Apresentar a evidência sobre a importância da comunicação no processo de adaptação da criança e da família ao diagnóstico de uma doença crónica, identificando estratégias fundamentais para otimizar este processo.

Métodos

O estudo seguiu a metodologia do Joanna Briggs Institute (2020) e o modelo PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada em duas bases de dados PubMed e SciELO, considerando os artigos publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de inclusão foram definidos com base na mnemónica PCC: População (crianças, famílias e enfermeiros), Conceito (papel da comunicação) e Contexto (qualquer ambiente de saúde). Foram identificados 698 artigos, 475 foram excluídos pela janela temporal, 68 por acesso restrito, 128 pela leitura do título e resumo, 9 pela leitura do texto integral. Desta forma, foram incluídos 13 artigos na revisão da literatura.

Resultados

O papel da comunicação no processo de adaptação:

- Promove uma transição segura no processo de adaptação à doença (1);
- Melhora a adesão ao tratamento (2);
- Melhora a autonomia, autoeficácia e gestão da doença a longo prazo (2)(3)(4);
- Reduz o impacto emocional (3).

Estratégias comunicacionais:

- Escuta ativa (1);
- Uso de linguagem clara e acessível (5);
- Atividades lúdicas para fortalecer a relação entre criança, família e profissionais de saúde (5).

Conclusão

A evidência diz-nos que a comunicação desempenha um papel central na adaptação ao diagnóstico de uma doença crónica, sendo considerada um fator determinante para o bem estar emocional da criança e família. Uma comunicação estruturada e centrada na família melhora a adesão ao regime terapêutico e contribui para uma melhor gestão a longo prazo.

Referências Bibliográficas



Apêndice IV: Folha Individual de Monitorização de OAF

Oxigenoterapia de alto fluxo (OAF)

Dados do Doente

Nome:		Idade (meses):		Género:		Peso (Kg):		Nº Processo:	
-------	--	----------------	--	---------	--	------------	--	--------------	--

PARÂMETROS A VIGIAR

	Pré-OAF	15 MIN	30 MIN	60 MIN	2H	4H	6H	8H	12H	16H	18H	24H	30H	36H	42H	48H
FC (bpm)																
FR (cpm)																
SpO2 (%)																
FiO2 (%)																
Fluxo (L/min)																
Tiragem (S/N)																
Adejo Nasal (S/N)																
Cianose (S/N)																
Gemido (S/N)																
TA (mmHg)																
Temperatura (°C)																

Aparelho OAF: