



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**O CAMINHO PARA A MESTRIA DO CUIDADO ESPECIALIZADO DE
CRIANÇAS, JOVENS E FAMÍLIAS**

- 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

Marina Renata Araújo Salvador

Porto, dezembro de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**O CAMINHO PARA A MESTRIA NO CUIDADO ESPECIALIZADO DE
CRIANÇAS, JOVENS E FAMÍLIAS**

- RELATÓRIO DE ESTÁGIO -

**DEVELOPING ADVANCING EXPERTISE IN THE SPECIALIZED CARE OF
CHILDREN, ADOLESCENTS AND FAMILIES**

- 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

Marina Renata Araújo Salvador

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2025

RESUMO

Este relatório descreve o percurso de aprendizagem e o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa no Porto. O estágio decorreu nos contextos de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Internamento Médico-cirúrgico Pediátrico.

Com uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, o documento visa demonstrar a consolidação das competências de mestre e enfermeiro especialista nos quatro domínios: Prestação de Cuidados, Gestão, Investigação e Formação. O relatório assume o duplo propósito de evidenciar a integração entre teoria e prática e de refletir criticamente sobre o impacto desse processo na construção da identidade profissional do EEESIP.

A prestação de cuidados foi orientada por uma prática humanizada e colaborativa, promovendo a adaptação da criança/jovem e da família às transições de saúde e doença. Foram particularmente relevantes as experiências de gestão da dor, comunicação com a criança e família, parentalidade e intervenção em situações de complexidade clínica. No domínio da gestão, consolidaram-se competências de liderança, planeamento e tomada de decisão, com enfoque na otimização de recursos humanos e materiais, no fortalecimento do trabalho em equipa e na garantia de cuidados seguros e eficazes. A investigação foi um eixo estruturante, destacando-se a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura sobre os efeitos da exposição a ecrãs no sono dos adolescentes, contribuindo para a prática baseada na evidência. Já a formação foi entendida como um processo dinâmico e contínuo, desenvolvido tanto na vertente de autoformação como na capacitação dos pares, evidenciada pela realização de ações formativas em serviço e pela participação ativa em eventos científicos e pedagógicos.

A reflexão final sublinha o carácter transformador do percurso, demonstrando o crescimento pessoal e profissional e reforçando o compromisso com a qualidade, segurança e humanização dos cuidados e a evolução da disciplina de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Competências, Criança, Família.

ABSTRACT

This report details the learning trajectory and development of specialized competencies undertaken as part of the "Final Internship and Report" Curricular Unit for the Master's Degree in Pediatric and Child Health Nursing at the Nursing School of the *Universidade Católica Portuguesa*, Porto (2024/2025). The clinical placement encompassed diverse contexts, specifically Neonatal Intensive Care, Pediatric Emergency, and Pediatric Medical and Surgical Inpatient.

Employing a descriptive and critically reflective methodology, this document aims to demonstrate the consolidation of master's and specialist nurse competencies across the four core domains defined by the curriculum: Care Provision, Care Management, Education and Research. The report fulfills the dual purpose of evidencing the integration of theory into practice and critically reflecting on the impact of this process on shaping the professional identity of the Pediatric and Child Health Specialist Nurse.

Care provision was grounded in a humanized and collaborative approach aimed at facilitating the adaptation of children and adolescents and their families to transitions in health and illness. Experiences in pain management, communication with children and families, parental support, and intervening in clinical complexity situations were particularly emphasized. Within the care management domain, competencies in leadership, planning, and decision making were substantially enhanced, focusing on the optimal utilization of human and material resources, strengthening interprofessional teamwork, and ensuring the delivery of safe and effective care. Research served as a foundational axis, highlighted by the completion of an Integrative Literature Review on the effects of screen exposure on adolescent's sleep patterns, thus contributing significantly to evidence based practice. Education was addressed as a continuous, dynamic process, involving both self-development and peers' capacitation, evidenced by the delivery of inservice training and active engagement in scientific and pedagogical events.

The final reflection underscores the transformative nature of this educational pathway, demonstrating considerable personal and professional growth and reinforcing the commitment to excellence in care quality, safety, and humanization, as well as to the ongoing evolution of the Nursing discipline.

Keywords: Specialist Nurse, Child and Pediatric Health Nursing, Skills, Child, Family.

De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar

Fernando Sabino (O Encontro Marcado)

Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças

Nelson Mandela

A criança não se tornará uma pessoa — a criança já é uma pessoa

Janusz Korczak (How to Love a Child)

DEDICATÓRIA

Aos meus avós,
pilares de afeto e de memória,
raízes que sustentaram a minha infância
e deram forma ao que sou.

À minha avó L,
a que prolongou a presença
como quem segura a infância até mais tarde,
a que, ficando mais tempo,
deixou o silêncio mais profundo.
No teu olhar vivia a inocência,
nos teus gestos o amor derramado em tudo,
nas tuas palavras a poesia que ainda hoje guardo.

Vocês são o rosto da minha infância.
Sem vocês, resta apenas a adulta que sou,
pois a criança que fui vive guardada
nas memórias que me deixaram.

A vocês dedico este trabalho,
porque cuidaram,
porque me ensinaram a cuidar,
porque em mim permanecem como infância e ternura,
como saudade que floresce,
como casa que nunca se perde,
como porto seguro onde sempre regresso.

AGRADECIMENTOS

A jornada é pessoal, mas cada passo carrega a força dos que caminham conosco!

À Professora Doutora Isabel Quelhas pela orientação, pela motivação nos momentos necessários, pelo rigor, pela sabedoria ímpar, pela disponibilidade constante, que foram essenciais para este meu percurso e que me ajudaram a crescer.

Aos Professores com quem tive o prazer de me cruzar neste curso e que muito me ensinaram.

Aos Enfermeiros tutores, pela empatia, disponibilidade, apoio, conhecimentos e oportunidades que me proporcionaram.

Aos meus Colegas de curso, pelo apoio nos desafios e pela celebração de conquistas.

A todos os Profissionais com quem me cruzei, pela partilha.

A todas as Crianças/Jovens e Famílias com quem me cruzei e de quem trago um bocadinho de todos comigo, que me ensinaram a ser melhor pessoa, melhor mulher, melhor mãe e melhor enfermeira.

Aos meus Filhos L. e H., por aceitarem a ausência. por aguardarem pacientemente pelo beijo de boa noite, pelo colo que pediam, mas que sem saberem, eram eles que me davam colo a mim.

Ao meu Marido, pela força constante, por acreditar sempre, mesmo quando eu não acreditava, pela presença, pelo amor.

Aos meus Pais, por serem casa, por serem o meu trampolim em todas as quedas, por não largarem a mão, pelos avós maravilhosos que são, pelo amor incondicional.

À minha Tia, que é mãe, À minha Prima, que é irmã, Aos meus Irmãos, que me toleram o mau feitio, pela disponibilidade, pelo apoio incondicional, pelo amor.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à S, pelas palavras de incentivo, pela colaboração na gestão do horário de trabalho, pelo companheirismo.

A todos, os que de alguma forma se cruzaram no meu caminho e me tornaram na pessoa e profissional que sou hoje.

A todos, o meu mais sincero e profundo OBRIGADA!

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

BLHN – Banco de Leite Humano do Norte

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPTAS – *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS - European Credit Transfer System

EDIN – Échelle Doleur et d’Inconfort du Nouveau-Né

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

FLACC-R – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIDCAP – Newborn Individualized Development Care and Assessment Program

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS – Neonatal Pain Agitation and Sedation Scales

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PIPP – Premature Infant Pain Profile

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SC – Supervisão Clínica

SIMCP – Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUPP – Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico

UAG – Unidade Autónoma de Gestão

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. Introdução	17
2. O Desenvolvimento Prévio de Competências Especializadas	21
3. Caracterização dos Contextos de Estágio	27
4. Transição para as Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica	35
4.1 Competências no Domínio da Prestação de Cuidados	37
4.2 Competências no Domínio da Gestão	82
4.3 Competências no Domínio da Investigação	94
4.4 Competências no Domínio da Formação	99
5. Conclusão	107
Bibliografia	111
APÊNDICES	127
I: Cartaz " <i>Sono e Repouso do Recém-Nascido Internado na Neonatologia</i> "	129
II: Formação de Pares " <i>Higiene Oral em Crianças Hospitalizadas</i> "	149
III: Revisão Integrativa da Literatura " <i>O Sono dos Adolescentes e os Ecrãs</i> "	187
IV: Poster " <i>O Sono dos Adolescentes e os Ecrãs</i> "	219
ANEXOS	223
I: Certificado " <i>Um dia com o Rastreio Neonatal</i> "	225
II: Certificado <i>Encontro de Neonatologia de Coimbra</i>	229

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é fruto de um percurso de desenvolvimento de competências que integram o Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pela Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa no Porto, ao longo dos anos letivos de 2023/2024 e 2024/2025. A estruturação do curso foi concebida de maneira a fomentar o desenvolvimento de competências especializadas de cariz comum e específico, abarcando as componentes teóricas e clínicas. Este curso culminou na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, que proporcionou a realização de um estágio com vista ao desenvolvimento das competências específicas inerentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), bem como a atribuição do grau de Mestre, tendo sido realizado sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas e tutoria de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeados pelos Enfermeiros Gestores de cada serviço.

A Unidade Curricular, desenvolveu-se de 2 de Setembro de 2024 a 26 de Março de 2025 e proporcionou o contacto com três contextos de estágio diferentes, integrantes da atuação do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica: cuidados intensivos neonatais, urgência pediátrica e internamento médico-cirúrgico pediátrico. Perfez um total de 360h de contexto clínico, 40h de orientações tutoriais e seminários e 440h de trabalho autónomo, no qual se inclui a elaboração deste relatório em 200h, assumindo um papel de especial relevo. A Unidade Curricular representa assim um total de 840h de trabalho e 30 *European Credit Transfer System* (ECTS).

No final desta Unidade Curricular, no sentido da obtenção do grau de Mestre e do título de EESIP, devo atingir os seguintes objetivos propostos:

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

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

A emersão neste curso apresentou-se como o caminho mais lógico para mim, no sentido de alicerçar conhecimentos e desenvolver competências especializadas na especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica. A Enfermagem é hoje uma disciplina do conhecimento relativa ao cuidado humano que se materializa na prestação de cuidados à pessoa, famílias, grupos e comunidades (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). Como disciplina que é, carece de uma constante atualização do conhecimento baseado em evidência, inculcando aos enfermeiros uma necessidade de investimento e diferenciação. O Enfermeiro especialista é um investidor em conhecimento, com elevado grau de autonomia e competências no diagnóstico e tratamento de respostas complexas por parte da pessoa, família, grupo e comunidade.

No processo de desenvolvimento de competências especializadas em ESIP, o conhecimento teórico sustenta e fundamenta o processo de tomada de decisão. Esta apresenta-se como uma aptidão essencial à prática de exercício da profissão, exigindo por parte do enfermeiro a capacidade de dar resposta às necessidades dos utentes, e resolver os desafios com que se depara, enquanto prestador de cuidados, responsável na coordenação ou, ainda, como gestor de uma equipa de trabalho. Para isso, este deve estar familiarizado com os fatores contributivos para este processo, e ter as ferramentas necessárias para atuar, e prestar cuidados de enfermagem de qualidade (Lourenço et al., 2022).

Com o desenvolvimento deste relatório, pretendo descrever e refletir sobre o contributo das diferentes atividades realizadas e experiências clínicas no decorrer do estágio para o atingimento dos objetivos definidos, e sobre o impacto que tiveram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, com o objetivo final de adquirir as competências previstas no plano de estudos do curso. Adicionalmente, pretendo que este documento constitua um elemento chave de avaliação para a conclusão deste caminho.

Para a redação deste documento foi adotada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com recurso à descrição das experiências e competências adquiridas durante o

estágio, através dos objetivos traçados para o mesmo, referindo as atividades desenvolvidas como forma de os alcançar, sustentando os conteúdos expostos pela literatura pertinente proveniente de bases de dados, livros, ou outros documentos orientadores de entidades da saúde, sempre na ótica do conhecimento baseado em evidência científica. O título escolhido tenta refletir o percurso que foi iniciado não só com o objetivo de aquisição do título de EEESIP, mas também a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem.

Por forma a estruturar o presente relatório, organizei-o em cinco capítulos, iniciando-se com a presente introdução, que será seguida pelo 2º capítulo dedicado ao 1º ano deste percurso formativo, que inclui a componente teórica e o estágio realizado no contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito da UC *A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica*. O capítulo 3 refere-se à contextualização do estágio, onde me debruço sobre os elementos mais caracterizadores dos três contextos nos quais o mesmo decorreu. Seguidamente, no capítulo 4 serão exploradas as competências adquiridas e desenvolvidas, em articulação com os objetivos delineados e das atividades concretizadas tendo sido feita uma organização pelos domínios das competências do Enfermeiro Especialista (prestação de cuidados, gestão, investigação e formação). No capítulo 5, é apresentada uma síntese conclusiva dos principais aspetos expressos neste documento e as implicações para a minha prática. Por fim, surge a bibliografia de suporte de acordo com as normas *American Psychological Association (APA)*- 7º edição e os apêndices e anexos, que pretendem auxiliar na clarificação de algumas atividades concretizadas.

2. O DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Com 15 anos de prática profissional e na consequência da maturidade que estes me deram, mas também com a consciência do tanto que ainda há para aprender, lancei-me ao desafio de adquirir novos saberes, aprofundar saberes já adquiridos e questionar saberes inquietantes. A motivação para a minha integração neste curso está intimamente relacionada com a vontade pessoal de evoluir profissionalmente e a necessidade de evoluir com bases sólidas, de conhecimento científico e robusto. Acredito que o meu percurso até aqui, e agora já na concretização da sua parte final, foi determinante para todo o decorrer deste curso de mestrado.

Com o ênfase dado a este relatório que é proveniente do estágio final deste curso de mestrado, parece-me pertinente criar aqui um espaço de destaque para o percurso académico, prévio a este estágio, e que de alguma forma permitiu iniciar um percurso de desenvolvimento das competências preconizadas, não só para a unidade curricular, mas também para as previstas para o curso.

O curso de mestrado iniciou-se por uma vertente teórica, de cariz comum às especialidades e posteriormente canalizado para a área de enfermagem específica, onde foram adquiridos conhecimentos e conceitos basilares para a prática de enfermagem especializada. Este período da teoria foi determinante para uma mudança de mentalidade, para relembrar e aprofundar conhecimentos e conceitos estruturais da enfermagem e para despertar o espírito crítico e reflexivo que o enfermeiro especialista necessita de trabalhar para conseguir prestar cuidados de enfermagem direcionados de qualidade. Foi determinante o conhecimento adquirido na área da investigação, não só para a realização deste curso mas, principalmente, para a minha prática profissional. Entramos numa era em que o conhecimento empírico não é suficiente por si só, não lhe retirando o seu devido valor, mas necessitando de robustez que advém do conhecimento científico, reforçando a importância de uma prática baseada em evidência.

O primeiro e segundo semestres deste mestrado revelaram-se, surpreendentemente, fundamentais e basilares para moldar o meu pensamento e raciocínio, mas, também, para auxiliar na percepção da importância dos contributos da academia e do desenvolvimento do conhecimento para a área disciplinar

Integrado no segundo semestre do primeiro ano deste mestrado, realizei o estágio de “A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica”. O estágio decorreu de

6 de Maio a 12 de Julho de 2024, com a totalidade de 300h, num somatório entre 180h de tempo de estágio, 12h de orientações tutoriais, 24h de aulas de seminário e restantes 84h de trabalho autónomo. Foi um estágio de desenvolvimento de competências de cuidados especializados na comunidade, mais concretamente numa UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), deixando também algum tempo para passagem na USF (Unidade de Saúde Familiar), sendo possível trabalhar as várias competências inerentes ao EEESIP na comunidade.

A UCC onde tive a oportunidade de desenvolver este estágio pertence a uma ULS (Unidade Local de Saúde) da região norte de Portugal e localiza-se num edifício comum com três USF, tendo sido numa destas onde me foi dada a oportunidade de presenciar e desenvolver consultas de saúde infantil e juvenil.

A UCC tem a sua atividade dirigida a toda a comunidade pelo que integra todas as áreas da enfermagem, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e atua, ainda, na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família.

A UCC oferece ainda um serviço de preparação para o nascimento e parentalidade, que inclui cursos de preparação para o parto e parentalidade, consultas de aconselhamento em aleitamento materno e cursos de massagem infantil e babywearing.

No que refere à saúde de crianças e jovens, a UCC faz o acompanhamento de crianças e jovens referenciados através do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e da Equipa Local de Intervenção (ELI) ao nível do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Desta UCC faz parte uma equipa de saúde escolar, constituída atualmente por três enfermeiros especialistas em saúde comunitária e uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, que planeiam, desenvolvem e implementam as atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Por fim, esta UCC desenvolve ainda programas de apoio a adultos e idosos em situação vulnerável:

- Rede social – “Intervir e dinamizar em rede”;
- Rendimento Social de Inserção;
- Equipa de Prevenção da Violência a Adultos;
- “Capacitar para a Inserção”.

As UCC são unidades relativamente recentes e o seu trabalho ainda é pouco conhecido pela população, mesmo pelos profissionais de saúde. Embora soubesse qual o tipo de intervenção realizado por estas unidades, não me era possível compreender a importância do seu trabalho e o seu impacto na comunidade até ter iniciado este estágio.

Deste modo, o referido estágio revelou-se uma surpresa bastante positiva, mas também me removeu da minha zona de conforto, que se desenvolve na área dos cuidados hospitalares, no que refere às competências do EEESIP. O trabalho na comunidade, ao nível da promoção, prevenção e capacitação para a saúde, é bastante diferente do trabalho em meio hospitalar. Por estes motivos, e para não transformar este capítulo em algo muito exaustivo, será realizada uma apresentação dos aspetos mais relevantes e contributivos do referido estágio.

O enfoque da resposta do enfermeiro da UCC é a promoção da saúde, passando também pela prevenção da doença e acompanhamento dos processos de transição das famílias. Temos como exemplos específicos desta atuação o acompanhamento e monitorização da saúde escolar, através da implementação do plano nacional de saúde escolar (PNSE), em articulação direta com as respetivas escolas/agrupamentos e o acompanhamento de crianças e jovens referenciados através da CPCJ, NACJR e ELI.

Nesta UCC foi-me dada a oportunidade de participar ativamente nas reuniões semanais no NACJR, sendo-me permitido colocar dúvidas e questões em relação a casos específicos e ao modo de funcionamento e articulação do núcleo. Esta equipa é constituída, nesta UCC, pela EESIP e pela Assistente Social. Uma equipa deveras reduzida, que se depara constantemente com dificuldades e percalços no acompanhamento destas crianças e jovens, mas que vai além das suas obrigações para cumprir o papel e objetivos do NACJR. Na minha perspetiva, esta ULS possui aqui uma excelente oportunidade de investimento no desenvolvimento de uma das áreas mais impactantes na proteção de crianças e jovens. Tive, ainda, a oportunidade de detetar um certo grau de desconhecimento sobre o trabalho desenvolvido por este núcleo, assim como o meio e critérios de referenciação, por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários na USF. A participação nestas reuniões tornou-se, de forma inesperada, muito impactante na minha visão da enfermagem no papel de enfermeiro especialista, mas também na visão da vida e das crianças como seres vulneráveis, seres detentores do direito da proteção, contribuindo para o enriquecimento do meu conhecimento sobre a complexidade dos problemas em ESIP.

No que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais, sendo da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Foi na USF que me foi dada a oportunidade de conduzir consultas de enfermagem de vigilância do desenvolvimento infantil e juvenil, tendo como referência o PNSIJ. Para estas consultas foi preponderante o desenvolvimento da minha capacidade de estabelecer uma comunicação terapêutica com a família, mas principalmente com o jovem. A par com esta competência, a observação foi crucial para, em alguns casos, identificar diagnósticos de enfermagem que à partida não seriam levantados pela família nem pela criança/jovem, mas que ao serem identificados permitiu otimizar respostas de saúde e prevenção de doenças e/ou situações de fragilidade. Estas consultas permitiram trabalhar a minha capacidade de diagnóstico e juízo clínico, nas diferentes faixas etárias na criança e jovem, assim como a capacidade de comunicar e fundamentar o raciocínio clínico.

A estrutura destas consultas, teve por base o seguimento do algoritmo para a avaliação do desenvolvimento das crianças, proposto pelo Guia de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e o instrumento de avaliação utilizado foi sempre a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, já implementada a nível informático na USF (Ordem dos Enfermeiros, 2010). De salientar que, em consultas de enfermagem com adolescentes, a sua estrutura era ligeiramente alterada, tendo em atenção as particularidades desta população, adotando algo mais semelhante ao indicado para uma entrevista com o adolescente: acolhimento, exploratória e resolutiva. Nestas consultas senti, de forma transversal, uma dificuldade que, após reflexão conjunta, é também uma dificuldade sentida pela equipa da USF que conduz estas consultas no seu dia a dia, e que nem sempre é o EEESIP, tornando esta consulta algo ainda mais desafiante: o tempo (pré)destinado. O adolescente, uns mais que outros, mostra-se à partida renitente na relação com o profissional de saúde e com o pensamento *“estou bem, não estou doente, não sei porque tenho que estar aqui, só vim porque a minha mãe me obrigou”*. Como se pode imaginar, é uma tarefa complexa quebrar esta barreira e conseguir estabelecer uma relação terapêutica com o adolescente de forma a se tornar possível avaliar a sua saúde global e as suas necessidades, com um limite de tempo estabelecido. Muitas vezes, por imposição de fatores externos, era necessário negligenciar esta relação e prosseguir para a avaliação física do jovem, em conjunto com as perguntas chave. No entanto, o EEESIP tem aqui uma oportunidade de melhoria nos cuidados ao

jovem e, em reflexão com a Enfermeira tutora, identificamos que esta é uma preocupação da restante equipa de enfermagem da USF, já que sentem muitas vezes que não foram capazes de estabelecer, em tempo útil, uma relação de vínculo necessária com alguns adolescentes mais fechados na sua personalidade. Por outro lado, com alguns destes adolescentes, adquirei conhecimentos vários e dos mais aleatório possível, tornando a consulta mais interessante e rica para o mesmo, abrindo portas para a sua intimidade e forma de pensamento, sendo possível algumas vezes perceber algumas dificuldades de relacionamento com os pares ou família, tornando-se necessário desenvolver um plano de atuação com a família do jovem, com a adesão do mesmo.

Esta diversidade de consultas permitiu-me compreender e desenvolver a complexidade dos diferentes contextos de cuidados em ESIP e a capacidade de comunicar e fundamentar o raciocínio clínico.

Ainda na esfera da capacidade de identificação de situações complexas, tive a oportunidade de desenvolver uma formação a pares para os enfermeiros da UCC, no sentido de responder à inquietação da equipa sobre como gerir o refluxo gastroesofágico em bebés com mais de três meses. Novamente, esta questão removeu-me da minha zona de conforto, em que habitualmente lido com este diagnóstico, mas numa faixa etária mais precoce, os recém-nascidos. Senti necessidade de realizar uma pesquisa bastante exaustiva e meticulosa relativa a esta temática, certificando-me que recolhia a informação mais recente e cientificamente validada para a conseguir transmitir com segurança à equipa de enfermagem.

A capacidade de mobilizar diferentes fontes na busca da evidência científica, foi também ela trabalhada ao longo do desenvolvimento da formação a pares e da minha primeira sessão de promoção da saúde, com o tema “O Sono na Infância”.

Para esta temática, procedi a uma pesquisa bibliográfica sobre de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos. Discuti com a enfermeira EESIP a informação encontrada e quais as temáticas mais pertinentes a apresentar. Com esta informação, delineei objetivos, planeei e estruturei uma sessão de educação para a saúde dirigida aos pais (em modalidade online). A adesão e participação das mães presentes na sessão foi total, com a colocação de dúvidas ao longo de toda a sessão. Desta experiência, nasceu a vontade de explorar este tema (o sono) mas numa faixa etária distinta, a adolescência, tendo sido este o mote para a revisão da literatura que realizei durante o estágio final.

Na comunidade, o enfermeiro especialista tem um trabalho maioritariamente autónomo e de liderança de utentes, de colegas, de alunos, de pais, de professores... É importante o seu conhecimento ser atualizado, robusto e validado. Neste estágio senti várias vezes a necessidade de recorrer à pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos sobre os diversos programas existentes para a comunidade (escolar, vigilância infantil, consulta do adolescente, educação sexual a professores, etc). Senti necessidade de refletir com a Enfermeira tutora as várias técnicas de gestão necessárias a todos estes recursos sob a alçada do Enfermeiro especialista, identificando as áreas determinantes para a gestão de equipas e serviços.

A UCC mostrou-se como um mundo de aprendizagens cujas dimensões eu praticamente desconhecia, mas que levo com muito carinho e admiração. Foi sem dúvida uma experiência que mudará a minha visão dos cuidados primários e do impacto que estes podem ter na saúde das crianças e de toda a comunidade. A realização deste estágio revelou-se uma base importante e estrutural durante todo o estágio final. Foi deveras relevante ter o conhecimento do trabalho desenvolvido na comunidade pelo EEESIP, enquanto se trabalha como EEESIP no meio hospitalar. Numa era em que o serviço de saúde português se encontra em reformulação para o modelo de ULS, esta permuta de conhecimentos comunidade-hospital, é a base para a permeabilidade que o sistema necessita de forma a otimizar os cuidados ao binómio criança-família.

Contribuindo de forma evidente para o meu crescimento pessoal e profissional, este estágio permitiu o desenvolvimento de competências de implementação de planos de saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e a comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento, sem nunca esquecer a prática segura e segundo a ética. Todos os momentos de reflexão, de partilha de informação e de planeamento das atividades com a Enfermeira tutora contribuíram para a capacidade de comunicar e fundamentar o raciocínio clínico.

A prevenção e promoção da saúde, numa latitude de idades tão diferenciada e com temáticas tão abrangentes, fizeram deste estágio um desafio que requereu bastante esforço em termos de mobilização de conhecimentos teóricos e relacionais.

Este estágio de vigilância e decisão clínica ofereceu-me, também, a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos em situações práticas, otimizar capacidade de comunicação, desenvolver um raciocínio clínico robusto, aprender com a experiência e contacto direto com a criança e família e refletir de forma crítica sobre e na minha prática assistencial.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas em ESIP, releva a componente clínica que se concretiza na realização de estágios em ambientes clínicos, reunidos numa só Unidade Curricular, o Estágio Final e Relatório.

Todos os contextos de estágio foram desenvolvidos no mesmo hospital e a motivação para esta escolha recai sob o meu especial interesse pela complexidade da prestação de cuidados pediátricos de referência, com uma casuística elevada referente à prestação de cuidados diferenciados em diversas áreas do mundo pediátrico e que, por ser um hospital de “última linha”, seria expectável uma diversidade de experiências para o desenvolvimento de competências de EEESIP.

O hospital onde se realizaram os estágios localiza-se num dos principais meios urbanos do país, atua como centro de referência de três distritos do norte de Portugal, presta assistência direta à população de três concelhos do distrito onde se localiza e atua ainda como referência para áreas geográficas mais alargadas, no contexto das Redes de Referência Hospitalar, ou mesmo para áreas mais alargadas em áreas específicas de ponta, em que atua como referência de excelência para doentes de diversas outras áreas geográficas (site do hospital).

A atividade gestonária do hospital estrutura-se em níveis intermédios de gestão. As estruturas intermédias de gestão agregam serviços (os quais podem ser organizados em unidades funcionais) e unidades orgânicas que de forma articulada contribuem para a prossecução dos objetivos estabelecidos. As áreas relevantes para o contexto deste relatório são as áreas de produção clínica, que se dividem por grupos clínicos denominados de “Unidade Autónoma de Gestão” (UAG). É na UAG da Mulher e da Criança que se situam os serviços pediátricos que permitem dar resposta assistencial a doentes com patologia rara e complexa.

Importa agora descrever os contextos onde decorreram, concretamente, os estágios. Assim, o primeiro contexto teve lugar num serviço de neonatologia, mais concretamente uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN); o segundo contexto decorreu num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico (SUPP); e o terceiro num Serviço de Internamento Pediátrico Médico-Cirúrgico (SIMCP). Todos estes contextos eram parte integrante do mesmo hospital, hospital distrital de referência da zona norte do país e possibilitaram, conjuntamente, uma experiência abrangente sobre a realidade dos

cuidados de saúde prestados à criança/jovem e família, constituindo-se como uma mais-valia no processo de aprendizagem.

Numa visão mais pormenorizada, a escolha sob os serviços referidos para o estágio prendeu-se com a necessidade e vontade de desenvolvimento de competências específicas próprias do EEESIP e da sua complexidade, que serão descritas no próximo capítulo deste relatório.

A expectativa na escolha destes locais de estágio residia na possibilidade de aplicar conhecimentos prévios, provenientes da minha prática profissional como enfermeira de cuidados gerais em contexto de UCIN, complementados com os conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolvidos ao longo do 1º ano de frequência deste mestrado, abrindo espaço para a conjugação destes saberes com os adquiridos nestes contextos e as suas vastas possibilidades de experiência, encaminhando para uma reflexão acerca do diferencial na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família entre enfermeiro de cuidados gerais e EEESIP. Desta forma, será feita de seguida uma descrição dos locais de estágio, por ordem de realização, considerando a estrutura, os clientes alvo de cuidados e os recursos físicos e humanos.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Em Portugal, está estabelecida uma rede de referência perinatal organizada em três níveis de atuação, onde se enquadram diferentes tipos de hospitais: os hospitais de apoio perinatal, os hospitais de apoio perinatal diferenciado e os hospitais de apoio perinatal altamente diferenciado. Cada um destes níveis possui a capacidade de proporcionar cuidados menos ou mais especializados, respetivamente. A escolha do tipo de hospital ao qual recorrer baseia-se na diferenciação técnica dos cuidados oferecidos à grávida, ao feto, à puérpera e ao recém-nascido (RN). Este critério não se limita apenas à avaliação de expectativas de risco perinatal, como a idade gestacional, mas enfatiza a atenção a patologias menos comuns, que requerem intervenção multidisciplinar e/ou a utilização de técnicas mais complexas ou de duração prolongada (Rede de Referência Hospitalar Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia, 2024).

As unidades de neonatologia desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde ao RN, abrangendo todas as crianças com menos de 28 dias de vida, independentemente do nível de cuidado necessário: intensivo, intermédio ou especial. Porém, essas unidades podem ainda prestar cuidados específicos a lactentes que deles

necessitem, devido a problemas relacionados com o nascimento prematuro, anomalias congénitas ou doenças adquiridas no período neonatal (Ministério da Saúde, 2017). Os objetivos dos cuidados, nessas unidades, têm evoluído em sintonia com os avanços científicos, a introdução de novos tratamentos e o progresso tecnológico, o que tem conduzido a novos protocolos de atuação no cuidado ao RN. Inicialmente centrados na tentativa de aumentar a sobrevivência, os cuidados neonatais desenvolveram-se no sentido de diminuir o limiar de viabilidade, assegurando a integridade neurobiológica, e a promoção da integração da família nos cuidados ao RN e na unidade de neonatologia (Ministério da Saúde, 2017).

De forma a dar resposta às necessidades face aos desafios esperados, relativos ao nascimento de recém-nascidos pré-termo (RNPT), os Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao RN concentram-se na formação de profissionais de saúde, na adequação de estruturas e na prestação de cuidados aos bebés prematuros e doentes, visando promover cuidados de saúde equitativos e de elevado padrão em toda a Europa (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2018).

Desta forma, o estágio decorreu na UCIN de um hospital de apoio perinatal altamente diferenciado, tendo sido fundada enquanto serviço em 1996. É parte integrante dos centros de referência de cardiopatias congénitas, doenças hereditárias do metabolismo e de oncologia pediátrica, dentro da faixa neonatal. A UCIN tem uma dotação de 17 postos, 10 postos de cuidados intensivos e 7 postos de cuidados intermédios. A alocação dos RN (intensivos ou intermédios) é realizada consoante vários critérios definidos em protocolo interno do serviço.

A missão deste serviço é a de prestar os melhores cuidados de saúde peri e neonatais com elevado nível de competência, qualidade e rigor, fomentando a formação pré e pós graduada e a investigação, respeitando sempre os princípios da ética e da humanização, promovendo a diferenciação e a realização profissional dos seus colaboradores (site do hospital).

Possui o estatuto de centro de referência nacional com abrangência à Neonatologia nas áreas específicas: cardiologia pediátrica, doenças hereditárias do metabolismo e oncologia pediátrica; mas também nas áreas onde possui diferenciação pediátrica e neonatal: cirurgia cardíaca e cirurgia pediátrica, neurologia e neurocirurgia, pneumologia e otorrinolaringologia, gastroenterologia e nutrição, oftalmologia, ortopedia, hematologia, imunohemoterapia e imagiologia.

A nível de estrutura física, os cuidados intensivos e intermédios localizam-se em alas separadas:

- os cuidados intensivos são constituídos por boxes individuais com incubadora/berço, monitorização cardiorrespiratória e demais material necessário aos cuidados e um cadeirão para os pais. Uma particularidade destas boxes individuais é que todas elas dispõem de uma zona privativa com sofá-cama e secretária de forma a proporcionar o maior conforto aos pais, pois estes podem e são incentivados a permanecer 24h ao lado do seu bebé;
- ainda na ala dos cuidados intensivos, existem duas boxes de isolamento para situações clínicas que determinem esse cuidado, sendo que a única diferença residente nestas é a ausência da área mais privativa para os pais, dispondo apenas de cadeirão para a permanência dos mesmos;
- os cuidados intermédios são em formato open space permitindo uma visão mais abrangente e global do espaço, mas também menos privativa para os pais dos RN internados.

As duas alas dispõem de um posto de controlo onde é efetuada a monitorização e vigilância dos parâmetros vitais dos RN, uma sala de armazenamento e preparação de medicação. A UCIN dispõe ainda de um serviço de secretariado, vários gabinetes, sala da equipa médica, sala de refeições para profissionais e uma sala de descanso para os pais, onde estes dispõem de televisão, máquina de café, frigorífico, micro-ondas e sofá.

Atendendo ao perfil de utente alvo de cuidados nas UCIN, o acesso a esta unidade é limitado e obedece a regras de segurança, tais como: o acesso por uma única porta que se encontra fechada; o acesso à unidade é limitado aos pais, após verificação da identidade; à entrada na unidade os pais são convidados a guardar os seus pertences num local próprio, a higienizarem as mãos, e vestir uma bata disponibilizada pelo serviço e de uso diário. A implementação destas medidas permite salvaguardar a segurança do RN face ao risco acrescido de infeções e minimizar o risco de rapto, uma vez que não são utilizadas pulseiras anti-rapto, pela restrição de movimentos que provoca, e pela grande vulnerabilidade cutânea característica do RNPT (Hiner et al., 2012).

Ao nível de recursos humanos é constituído atualmente por: 17 médicos neonatologistas; 45 enfermeiros distribuídos por equipas, cada um com diferentes níveis de experiência profissional; 8 assistentes operacionais; 1 assistente técnico.

Por turno trabalham seis enfermeiros, dos quais quatro ficam afetos à sala de cuidados intensivos (sendo um deles responsável de turno) e dois na sala de cuidados intermédios.

Esta UCIN é, também, centro de formação Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) e está acoplado ao banco de leite humano do norte (BLHN).

A equipa de enfermagem distingue-se pelo elevado nível de especialização e competência técnica, fruto não apenas da exigência clínica do contexto, mas também do investimento contínuo na formação e desenvolvimento profissional. Nos cuidados intensivos neonatais, os enfermeiros especialistas assumem um papel central na monitorização contínua, na gestão de situações críticas e na implementação de intervenções complexas, sendo também responsáveis por apoiar a família num momento particularmente vulnerável (Latorre Souza et al., 2020). A constante incerteza quanto à evolução clínica do recém-nascido exige destes profissionais uma atuação tecnicamente irrepreensível, mas também humanizada e sensível às necessidades do bebé e da família.

Para além das áreas destinadas à prestação de cuidados, a UCIN contempla igualmente espaços dedicados ao apoio familiar, reconhecendo que o cuidar ultrapassa o âmbito técnico e abrange também a dimensão emocional e relacional. Exemplo disso é a existência de um espaço de leitura acolhedor, equipado com cadeirões e livros, que visa proporcionar momentos de descanso e alívio emocional aos pais durante os longos períodos de permanência junto dos filhos.

Urgência Pediátrica

O sistema integrado de emergência médica em Portugal está estruturado em três níveis distintos de atuação, organizados por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta: o Serviço de Urgência Básico (SUB), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Os SUB representam o primeiro nível de acolhimento do utente, destinando-se à abordagem e resolução de situações mais simples e comuns de urgência. No caso do atendimento a crianças, (do nascimento aos 17 anos e 364 dias de vida), esse encontra-se integrado no atendimento geral. No âmbito do atendimento de crianças nos SUMC e nos SUP, esta responsabilidade é atribuída à Urgência Pediátrica, a qual deve possuir instalações autónomas fisicamente independentes das áreas de atendimento de adultos (Norma n.º 002/2018, 2018). O SUPP representa a resposta de atendimento para crianças

em situações de doença ou trauma grave. Deve dispor de todos os recursos mínimos definidos para um SUP, incluindo suporte diagnóstico e terapêutico, bem como acesso a diversas especialidades como neurocirurgia, cirurgia pediátrica e cuidados intensivos pediátricos (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SUPP escolhido para este estágio tem como missão tratar, com qualidade e eficiência, todas as crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos com doença aguda e como objetivos principais garantir a prestação de cuidados de excelência à criança e jovem em caso de doença aguda, urgente ou emergente; visa fomentar as melhores práticas clínicas na área da pediatria de urgência e promover um cuidado célere e eficiente (site do Hospital).

É uma característica deste local de estágio a notável variabilidade de problemáticas que motivam os pais a recorrer ao mesmo.

Estruturalmente, a Urgência de Pediatria encontrava-se a funcionar em instalações recentemente renovadas e constituía-se por: duas salas de triagem, sala de emergência, várias salas de espera para as diferentes áreas, a área médica 1 (para doentes com pulseiras verdes e amarelas), área médica 2 (para doentes com pulseira laranja), uma sala de procedimentos de enfermagem que era também o local de coordenação do enfermeiro coordenador do turno, a sala de internamento de curta duração (OBS), gabinetes médicos, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de sujos, armazém, casas de banho para os utentes e para os profissionais e uma sala de refeições destinada ao uso exclusivo da equipa multidisciplinar.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros distribuídos em equipas, dos quais 16 eram EEESIP. Por turno trabalham oito enfermeiros, dois dos quais ficam responsáveis pela realização da triagem, dois ficam alocados à área médica 1, mais dois à área médica 2 e outros dois à sala de internamento de curta duração e, ainda, um enfermeiro ESIP coordenador de turno, que desempenha funções de gestão, organiza a atividade durante o turno, providencia apoio nos procedimentos necessários às crianças triadas como pouco urgentes e supervisiona e auxilia os cuidados na sala de emergência.

Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico

O terceiro momento de estágio foi desenvolvido no internamento de pediatria médico-cirúrgica. Este serviço tem como missão a prestação de cuidados qualificados e diferenciados às crianças e jovens, numa abordagem holística, com ênfase no

envolvimento da família e cuidadores, em colaboração com um grupo profissional multidisciplinar, constituído por médicos, enfermeiros, técnicos superiores, assistentes técnicos e operacionais, equipa de educadoras, assistente social e equipa de voluntários (site do hospital).

A unidade onde realizei o estágio é constituída por 36 camas, distribuídas por quartos individuais e outros com duas camas, ambos com casa de banho privativa. Os quartos encontram-se divididos em duas alas e quando possível perspectiva-se uma alocação de crianças mais pequenas na ala mais distante da porta e dos adolescentes na outra. A sua distribuição tem por base critérios de, por um lado, complexidade de cuidados com permanência de longa duração em regime de hospitalização, sendo a preferência dada a quartos individuais, para que um dos pais ou cuidador principal possa permanecer durante a noite com recurso a uma cama, uma vez que os quartos partilhados apenas possuem espaço para cadeirões. Adicionalmente, existe uma tentativa de alocação das crianças nos quartos partilhados, tendo em conta o sexo, idade e doença com necessidade de isolamento.

Cada ala do serviço possui uma sala de preparação de medicação e uma onde decorre a passagem de turno, uma sala para realização de procedimentos de enfermagem e uma copa de preparação de leites, que pode ser utilizada por todo o internamento. Neste piso, existe uma sala de brincar disponível para todas as crianças e jovens hospitalizados em qualquer dos pisos de pediatria, com biblioteca, sala de jogos e ainda uma sala com a presença de educadoras que podem auxiliar na continuação dos estudos, principalmente em situações de internamentos de longa duração.

Na sala de brincar, assim como no espaço do internamento, existe a possibilidade de ter um voluntário presente para que os pais possam ir almoçar ou deslocarem-se a algum local, sem que a criança fique sozinha no quarto. Esta ajuda permite que o enfermeiro responsável pelos cuidados à criança possa continuar a executar as suas funções sem acréscimo de trabalho pela necessidade de supervisão da criança que fica sozinha.

Ao longo do ano, vários projetos são desenvolvidos para trazer à unidade um maior brilho e alegria para as crianças e jovens hospitalizados, para os pais e até mesmo para os profissionais de saúde, como a operação nariz vermelho, projeto nuvem Vitória e por vezes, recebem a visita de cães treinados. Pequenos projetos que trazem o poder da distração a situações difíceis, mesmo que apenas pelo distanciamento do ambiente que a criança conhece.

O serviço recebe crianças/jovens do sexo feminino e masculino, desde os primeiros dias de vida até aos 17 anos e 364 dias. A admissão ao serviço pode processar-se de forma direta ou por encaminhamento de outras unidades como consulta externa, hospital de dia pediátrico, hospital de dia oncológico pediátrico, urgência pediátrica ou por transferência de outras instituições hospitalares, por patologia médica aguda, mas também por instabilidade decorrente de doença crónica e/ou complexa.

Todas as crianças internadas ficam com pulseira eletrónica de segurança anti rapto, o que facilita a sua localização, conferindo maior segurança à unidade, facilitando a qualidade dos cuidados de enfermagem na vertente de segurança, e demonstrando aos pais das crianças que os seus filhos se encontram seguros.

4. TRANSIÇÃO PARA AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A crescente complexidade dos cuidados de saúde exige dos profissionais um elevado grau de qualificação, sustentado por competências técnicas, científicas e relacionais, com vista à prestação de cuidados de excelência. Neste contexto, a enfermagem tem evoluído no sentido da especialização e da valorização académica, onde o grau de mestre assume particular relevância. O enfermeiro mestre é reconhecido como um profissional com competências aprofundadas na prestação de cuidados especializados, na gestão clínica, na produção de conhecimento e na formação em contexto profissional, o que se traduz numa maior autonomia e responsabilidade na tomada de decisão (Diário da República, 1996).

Considerando que este relatório emerge do processo formativo do MEESIP, importa enquadrá-lo no quadro de competências definidas para o segundo ciclo de estudos superiores. De acordo com o Diário da República 2013, o grau de mestre implica o desenvolvimento de competências avançadas que se traduzem na capacidade de aprofundar os conhecimentos adquiridos previamente, de aplicar o saber teórico e prático a situações novas e complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, bem como na aptidão para resolver problemas de forma autónoma e fundamentada.

O mestre em enfermagem deve ainda ser capaz de formular juízos críticos, propor soluções sustentadas em evidência e comunicar, de forma clara e rigorosa, os seus raciocínios, conclusões e fundamentos, quer perante públicos especializados, quer não especializados. Estas exigências implicam também a consolidação de competências de autoaprendizagem, autonomia e responsabilidade profissional, essenciais para a continuidade do desenvolvimento científico, técnico e ético ao longo da carreira.

Associado a esta qualificação académica, o título de enfermeiro especialista reforça a capacidade de intervenção clínica diferenciada, sendo atribuído a quem demonstra domínio técnico, científico, ético e relacional num determinado domínio de especialidade. No caso do ESIP, esta prática especializada visa responder de forma adequada às necessidades da criança, do jovem e da sua família, promovendo ganhos em saúde e contribuindo para o desenvolvimento disciplinar e científico da profissão (*Regulamento n.º 422/2018*).

A obtenção do título de enfermeiro especialista pressupõe a aquisição de competências comuns, transversais a todas as áreas de especialização, e competências

específicas, definidas no regulamento da respetiva especialidade (*Regulamento n.º 422/2018 | DR*, sem data). Estas competências resultam do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais e conferem-lhe maior capacidade de resposta perante a complexidade crescente dos contextos clínicos.

Durante o percurso formativo conducente ao grau de mestre e à atribuição do título de enfermeiro especialista, os contextos de estágio desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e consolidação das competências profissionais. Foi neste espaço de aprendizagem experiencial que tive a oportunidade de desenvolver o raciocínio clínico, adquirir capacidades técnicas, refletir criticamente sobre a prática e integrar os princípios da ética e da humanização dos cuidados. Neste capítulo, será apresentada uma análise crítica das competências desenvolvidas durante o estágio realizado, em consonância com os objetivos e competências gerais do curso de mestrado definidos no plano de estudos, com base na melhor evidência científica disponível.

O Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, articulado com o perfil de competências comuns dos enfermeiros especialistas, estabelece um conjunto de competências clínicas diferenciadas que orientam o exercício profissional nesta área. Compreender estas competências implica, antes de mais, compreender o próprio conceito de competência em Enfermagem.

Segundo Le Boterf (2005), a competência profissional resulta da articulação entre três eixos fundamentais — o sujeito, a formação e a experiência profissional — que permitem a mobilização do saber em contexto real. Esta perspetiva é complementada por (Ruthes & Cunha, 2008), que defendem que a competência se estrutura em três dimensões interdependentes: o conhecimento, as habilidades e as atitudes, integrando aspetos cognitivos, técnicos e relacionais, essenciais para uma prática eficaz.

Sá & Paixão (2013) acrescentam que a competência corresponde a uma predisposição para agir de forma adequada face a determinadas circunstâncias, integrando o saber, o saber fazer e o saber estar. Esta visão é reforçada por Le Boterf (2005), que sublinha que ser competente significa mobilizar e aplicar, de forma eficaz, os conhecimentos adquiridos em situações profissionais concretas.

No contexto da Enfermagem, a competência profissional assume uma natureza holística, resultante da integração de conhecimentos teóricos, aptidões técnicas, atitudes éticas, capacidade de reflexão crítica e valores profissionais (Leal et al., 2022). Esta abordagem encontra-se em consonância com o definido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que constitui um referencial

estruturante para uma prática clínica especializada, segura e baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

A análise crítica das experiências vivenciadas nos contextos de estágio, à luz destes referenciais teóricos e normativos, permite avaliar de forma aprofundada as competências desenvolvidas e a sua aplicação prática. Este exercício reflexivo é essencial na consolidação da identidade profissional e na afirmação da prática especializada do EEESIP.

Por forma a garantir uma abordagem sistematizada, a análise dos objetivos, concretizados através das atividades realizadas será organizada de acordo com os quatro domínios de competências que emergem do plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Investigação e Formação. Esta estrutura permitirá evidenciar, de forma clara e fundamentada, as aprendizagens que conduziram à consecução das competências do plano de estudos desenvolvidas ao longo da formação clínica especializada.

4.1 COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados constitui o eixo estruturante da prática do enfermeiro especialista, traduzindo-se numa intervenção autónoma, fundamentada e tecnicamente qualificada, centrada na pessoa e família e sustentada pela melhor evidência científica. No contexto da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este domínio adquire especificidade, dado que os cuidados se centram na criança e no jovem, bem como na sua família, exigindo uma abordagem diferenciada, sensível às particularidades do desenvolvimento infantil, e suportada por conhecimento técnico-científico aprofundado (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A capacidade de prestar cuidados em contextos distintos — como ambientes hospitalares, ambulatoriais ou comunitários — revelou-se indispensável. Esta adaptabilidade implica uma postura reflexiva e crítica constante, que permita ajustar práticas às necessidades específicas da criança/jovem e da sua família, tendo por base a melhor evidência disponível. Esta aptidão para agir com autonomia e fundamentação científica reflete uma das competências nucleares associadas ao grau de mestre em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 115/2013, 2013).

Tendo por base estas premissas, durante o estágio procurei promover o desenvolvimento das competências inerentes ao domínio da prestação de cuidados, definindo, para tal, objetivos específicos e planificando as respetivas atividades.

Competência desenvolvida:

- ◆ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Objetivo delineado:

- ♠ Conhecer o espaço físico e dinâmica organizacional do contexto, integrando-me na equipa multidisciplinar

Atividades planeadas:

- ♣ Conhecer o espaço físico
- ♣ Consultar normas e protocolos existentes
- ♣ Observar a dinâmica da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar

Reflexão crítica:

A familiarização com a estrutura física e com os mecanismos de funcionamento dos contextos de estágio constitui um elemento-chave para uma integração eficaz e para o desenvolvimento das competências previstas no âmbito formativo. A compreensão da organização institucional, do ambiente profissional, dos recursos humanos e materiais disponíveis, bem como dos circuitos de referência e articulação com a equipa multidisciplinar, revela-se essencial para interpretar adequadamente a complexidade das situações clínicas. Esta compreensão facilita a tomada de decisões fundamentadas e a implementação de intervenções ajustadas às necessidades da criança, do jovem e da sua família.

Neste sentido, a integração no contexto de estágio não se limita à adaptação ao espaço físico, mas traduz-se numa inserção ativa e colaborativa nas dinâmicas de equipa, sendo determinante para a realização de um percurso formativo coerente com os objetivos estabelecidos. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o processo de integração profissional deve favorecer a perceção dos valores, normas e objetivos institucionais, promovendo uma adaptação adequada e conseqüente desenvolvimento profissional, que se reflita na qualidade dos cuidados prestados. Neste processo, o questionamento constante e a disponibilidade para aprender são aspetos que potenciam uma integração bem-sucedida. A fase inicial de integração reveste-se, assim, de particular importância,

na medida em que favorece o estabelecimento de relações profissionais saudáveis e promotoras de um ambiente de aprendizagem.

Tendo em conta esta premissa, em todos os contextos de estágio, o primeiro dia foi dedicado à realização de uma visita orientada às instalações, permitindo uma aproximação inicial ao espaço físico, à dinâmica da equipa e à realidade assistencial, facilitando o início da adaptação. A fase inicial do estágio, foi igualmente dedicada à consulta da documentação institucional disponível, nomeadamente normas e protocolos específicos de cada serviço. Esta leitura permitiu-me compreender os princípios organizadores da prática assistencial, fundamentais para garantir uma intervenção segura, fundamentada e em consonância com os padrões de cada serviço. Em alguns contextos, tive também oportunidade de aceder aos manuais de integração elaborados para os novos profissionais.

Em termos práticos, o contacto inicial com o contexto assistencial baseou-se na observação da dinâmica funcional do serviço, dos métodos de trabalho adotados pela equipa de enfermagem e da organização dos recursos físicos e materiais. Esta abordagem inicial revelou-se essencial para construir uma visão abrangente do contexto, facilitando a minha integração progressiva e permitindo-me, desde logo, alinhar a minha atuação com as exigências e expectativas do ambiente clínico.

Um aspeto que merece especial destaque no processo de integração foi a forma como fui recebida nos diferentes contextos de estágio, com especial destaque para o SIMCP. O acolhimento caloroso por parte de toda a equipa de enfermagem — a que se juntaram médicos, assistentes operacionais, terapeutas e voluntários — constituiu um fator diferenciador na minha experiência formativa. Esta atitude acolhedora traduziu-se num sentimento de segurança, pertença e disponibilidade para enfrentar os desafios próprios da prática especializada, permitindo-me iniciar o percurso com motivação e confiança.

Em todos os contextos, fui recebida pelo enfermeiro gestor de cada um dos serviços, o que se revelou uma mais valia significativa para a integração. Para além de apresentar o funcionamento geral do serviço e de me contextualizar face às suas especificidades, este elemento facilitou a ligação inicial com o meu enfermeiro tutor. A criação desta ponte entre ambos foi determinante para o estabelecimento de uma relação de confiança e cooperação, desde o primeiro dia. O papel do enfermeiro tutor assume particular relevância neste processo, pois é frequentemente através dele que a equipa de enfermagem conhece o estudante e o reconhece como elemento integrante, ainda que em

formação. Para além disso, o tutor constitui uma figura central na orientação clínica, assumindo funções pedagógicas, avaliativas e de suporte emocional, contribuindo para o desenvolvimento progressivo das competências clínicas e para a construção da identidade profissional do futuro especialista (Peixoto & Peixoto, 2016). É ele que abre simbolicamente “as portas do serviço”, promovendo o acesso ao conhecimento prático, à cultura organizacional e às oportunidades de aprendizagem. Esta mediação inicial reforça a importância de uma tutoria estruturada e disponível, essencial para o sucesso da experiência clínica e para o desenvolvimento de competências especializadas em ESIP.

O primeiro contexto de estágio decorreu no serviço de neonatologia, composto por duas áreas distintas: a UCIN e a Unidade de Cuidados Intermédios, como já referido anteriormente. Tendo sido o estágio realizado predominantemente na UCIN, será com base nesta realidade que se centrará a presente reflexão.

Embora se tratasse de um ambiente já familiar, dado o meu percurso profissional prévio neste mesmo contexto, a vivência do estágio assumiu uma nova dimensão, orientada pelo aprofundamento de competências especializadas e pela consolidação da prática.

A duração de cada internamento nesta UCIN varia significativamente, dependendo do quadro clínico e da resposta individual de cada bebé, sendo frequente a presença de situações clínicas de elevada instabilidade e imprevisibilidade. Esta realidade impõe à equipa de enfermagem uma vigilância constante, uma capacidade de resposta célere e uma avaliação holística e rigorosa do estado clínico do recém-nascido, características que integram o perfil de competências do EESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O contexto seguinte, foi no SUPP, que tem como principal missão assegurar cuidados integrados, diferenciados e contínuos a crianças e jovens em situação clínica crítica, estabilizadas ou com potencial de instabilidade. A prestação de cuidados neste contexto é sustentada por equipas multidisciplinares, sendo o papel do EESIP particularmente relevante, dada a complexidade das situações clínicas e a vulnerabilidade da população assistida (Regulamento n.º 422/2018, 2018)

Durante o estágio, foi também possível observar uma boa articulação entre este e os diversos serviços da ala pediátrica, promovendo uma resposta integrada, eficaz e centrada na criança e na família.

O último contexto de estágio decorreu no SIMCP, integrado na mesma instituição hospitalar onde se desenvolveram os restantes estágios. Esta continuidade revelou-se uma mais-valia significativa, possibilitando uma compreensão mais aprofundada da dinâmica

organizacional e funcional da ala pediátrica, bem como das articulações existentes entre os diversos serviços que a compõem.

Refletindo criticamente sobre esta experiência, foi possível desenvolver uma integração efetiva nas equipas multidisciplinares, indo além da simples presença nos espaços de trabalho, assumindo uma postura colaborativa e centrada na criança e família. A interação respeitosa e empática com todos os profissionais facilitou a colaboração e o desenvolvimento de cuidados de qualidade, demonstrando o sucesso no cumprimento dos objetivos traçados e na aquisição da competência proposta.

Competência desenvolvida:

- ◆ 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 delineados:

- ♠ Promover a comunicação com a criança e família, tendo em conta o seu estadió de desenvolvimento, crenças e cultura
- ♠ Otimizar competências comunicacionais com o RN em situação crítica, promovendo o seu conforto em plenitude
- ♠ Promover a comunicação com os pais incentivando a partilha de preocupações de forma a estabelecer uma relação empática
- ♠ Desenvolver uma prática profissional, ética e legal respeitando o direito de escolha da criança e família, e o código deontológico do enfermeiro

Atividades planeadas:

- ♣ Recorrer diferentes técnicas de comunicação com a criança conforme o estadió de desenvolvimento
- ♣ Estabelecer uma relação terapêutica com o RN, criança, adolescente e família, com respeito pelas crenças e valores

Reflexão crítica:

A comunicação constitui um processo fundamental da experiência humana e um dos pilares centrais das relações interpessoais. Uma vez que não se pode não comunicar, é através dela que se constroem significados, se transmitem conhecimentos e se estabelecem vínculos. É, também, um fenómeno multifacetado, manifestando-se simultaneamente nos níveis digital (verbal) e analógico (não verbal). Engloba não apenas a transmissão de informação (conteúdo), mas define sobretudo a relação entre os

interlocutores, sendo a capacidade de interpretação da metacomunicação essencial para a resposta adequada ao outro. No contexto da saúde, particularmente nos cuidados de enfermagem, a comunicação assume um papel determinante e inelutável. Cada gesto, expressão não verbal ou ato de escuta do enfermeiro está a enviar uma mensagem, o que tem um impacto direto e inevitável (Watzlawick et al., 1997)

A Ordem dos Enfermeiros reconhece a comunicação como uma competência nuclear, transversal a todos os domínios do exercício profissional, devendo o enfermeiro ser capaz de ajustar a sua linguagem às características individuais de cada pessoa, promovendo a humanização dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A comunicação em enfermagem pediátrica torna-se um pilar na prestação de cuidados de qualidade, sendo um dos maiores desafios do enfermeiro especialista. A necessidade de uma abordagem comunicacional adaptada às distintas fases do desenvolvimento infantil (desde o recém-nascido ao adolescente) e às especificidades da família é fundamental. Dominar estratégias de comunicação diversificadas é crucial para a construção de um ambiente seguro, colaborativo e humanizado, pois a competência comunicacional transcende a mera transmissão de informação e foca-se no estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, alicerçada na confiança e no respeito mútuo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ao longo do estágio, procurei adequar a comunicação verbal, não-verbal e paraverbal às características individuais de cada criança e contexto, tendo em conta o seu nível cognitivo, emocional e relacional. Para esta competência, foram fundamentais os temas abordados nas aulas do 1º ano deste curso, tendo recorrido às mesmas para recordar conteúdos e técnicas comunicacionais.

A inclusão ativa dos pais e da família no processo de desenvolvimento da relação entre enfermeiros e crianças/jovens é um pilar fundamental para a prestação de cuidados de saúde eficazes. Especialmente em crianças mais pequenas, a família assume o papel de mediadora indispensável, promovendo uma abordagem holística que reconhece o contexto familiar como parte integrante da saúde da criança (Coyne et al., 2006). A comunicação eficaz com os familiares não só fomenta o seu envolvimento e parceria nos cuidados, como também constitui uma fonte primária de informações fidedignas e relevantes sobre a condição clínica, o estágio de desenvolvimento e os fatores psicossociais que influenciam a vida da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

No âmbito prático da minha experiência, procurei estabelecer uma relação empática e de confiança com os pais, privilegiando o diálogo aberto, a segurança comunicacional

e a assertividade. Reconhecendo que a informação é um recurso sensível, mediava cuidadosamente as informações, diferenciando entre aquilo que os familiares estavam preparados para receber e o que poderia representar um obstáculo comunicacional. Na UCIN, a pergunta “Como está o meu bebê, enfermeira?” é uma constante, repetida pelos pais ao longo do dia, revelando não só a sua preocupação, mas também a necessidade contínua de informação, apoio e segurança. Esta interrogação, simples à superfície, encerra múltiplas dimensões emocionais: incerteza, ansiedade, esperança e, sobretudo, a busca de um papel ativo nos cuidados ao seu filho. Reconhecendo esta necessidade, procurei frequentemente transformar este momento de dúvida numa oportunidade de capacitação parental, promovendo o envolvimento consciente e informado dos pais.

Ao invés de oferecer apenas uma resposta técnica, procurava envolver os pais na observação e interpretação dos sinais do seu bebê, questionando, por exemplo: “Ao olhar para o seu bebê, como acha que ele está? Parece-lhe confortável? Podemos juntos avaliar os seus sinais para perceber como se sente e, se necessário, ajustar algo?”. Esta abordagem visa não apenas responder à sua dúvida, mas também reforçar a sua autoconfiança e favorecer o desenvolvimento de uma relação vincular com o recém-nascido. Envolver os pais na observação e interpretação do comportamento do recém-nascido favorece a sua participação nos cuidados, reduz a ansiedade e melhora os resultados do ponto de vista emocional e relacional (Squizato et al., 2023).

Utilizei, assim, técnicas como a escuta ativa para captar não apenas os conteúdos verbais, mas também as emoções subjacentes, elementos essenciais para compreender a dimensão subjetiva da experiência familiar. O silêncio foi utilizado de forma estratégica como instrumento de comunicação, proporcionando espaço para a reflexão e a expressão emocional, sendo intercalado com intervenções encorajadoras que facilitavam a verbalização de sentimentos.

No contexto da UCIN esta abordagem foi essencial para criar um ambiente de confiança e colaboração, onde o silêncio era, muitas vezes, um convite à partilha de experiências e emoções, promovendo a autorreflexão e o apoio emocional, mesmo quando muitas vezes de forma inconsciente. No extremo oposto, no SUPP, em especial no posto de triagem, a necessidade de uma avaliação rápida e eficaz obrigava a uma comunicação mais objetiva e direta. Apesar disso, mantive a postura empática e as técnicas comunicacionais descritas, mesmo que de forma breve, para assegurar uma avaliação adequada e minimizar a ansiedade da criança e da família.

Este equilíbrio entre a objetividade necessária nos contextos mais urgentes e a empatia prolongada nos ambientes de acompanhamento demonstra a importância de adaptar a comunicação às circunstâncias, sem abdicar da humanização dos cuidados, que é essencial para o sucesso terapêutico e para o fortalecimento da relação terapêutica entre profissional, criança e família (Coyne et al., 2006).

Continuando na população mais pequena deste estágio, numa perspectiva mais direta ao RN, a comunicação foi realizada através do contacto físico, do toque terapêutico, do olhar, da modulação da voz e da manipulação cuidadosa. Este tipo de interação, não verbal, é essencial para a criação de um ambiente seguro, previsível e de conforto, contribuindo para a redução do stress e da dor (C. W. L. de Oliveira et al., 2016).

O modelo NIDCAP, no qual este hospital exibe certificação e é promotor da sua formação, constitui uma abordagem de cuidados centrada no recém-nascido e na família, que defende a individualização dos cuidados com base na observação atenta do comportamento do bebé, interpretando os seus sinais como formas primárias de comunicação (Als, 1986). Neste modelo, a comunicação com o recém-nascido vai muito além da verbalização: ela é feita através da leitura dos sinais subtis que o bebé emite — como alterações no tónus, expressão facial, movimentos das extremidades, choro, cor da pele ou padrão respiratório. A interpretação sensível e competente desses sinais permite ao enfermeiro ajustar a sua intervenção, garantindo a mínima interferência no estado neurocomportamental do recém-nascido e promovendo o seu bem-estar e desenvolvimento neurológico (Als et al., 2004).

Em qualquer dos contextos vivenciados, a postura do enfermeiro revelou-se um elemento determinante na qualidade da comunicação estabelecida com a criança e com a família. Ciente de que a comunicação não-verbal assume um papel central na relação terapêutica, especialmente em idade pediátrica, procurei adotar uma atitude calma, serena e empática, muitas vezes acompanhada de um sorriso, de modo a transmitir segurança, confiança e proximidade. Esta abordagem revelou-se particularmente relevante no contacto com crianças mais novas, frequentemente receosas ou ansiosas perante a presença de profissionais de saúde e o ambiente hospitalar. A expressão facial, o tom de voz e a linguagem corporal constituem, nestes casos, ferramentas comunicacionais poderosas, funcionando como reguladores emocionais e facilitadores da interação (Ekman, 2007). Ao atenuar o impacto emocional negativo do contexto de cuidados, esta postura favoreceu a criação de um ambiente mais humanizado e propício à colaboração da criança no processo de cuidados.

Tal como já anteriormente referido, em todos os contextos clínicos, a construção de uma relação empática com os pais ou cuidadores revelou-se essencial, sobretudo nos cuidados prestados a crianças em idades mais precoces. Esta importância é particularmente acentuada nos toddlers, que, pela sua imaturidade emocional e cognitiva, ainda não conseguem verbalizar os seus sentimentos de forma clara, regulando-se muitas vezes pelas expressões emocionais da sua principal figura de vinculação. Nestes casos, a ansiedade, o medo ou a tranquilidade da criança refletem diretamente o estado emocional dos pais, tornando fundamental a criação de uma relação de confiança e apoio mútuo entre o enfermeiro e a família. Ao assegurar essa aliança terapêutica, o EEESIP contribui para a diminuição da ansiedade parental, o que, por sua vez, tem impacto positivo na perceção da criança sobre o ambiente hospitalar e nas suas respostas ao cuidado (Bowlby, 1982).

A comunicação terapêutica com a criança deve ser adaptada ao seu estadió de desenvolvimento, respeitando a sua linguagem, os seus tempos e a sua capacidade de compreensão. Em idade pré-escolar, o pensamento é predominantemente concreto e mágico, sendo essencial recorrer a estratégias lúdicas e simbólicas para explicar procedimentos, como o uso de metáforas, bonecos ou histórias. Em crianças mais velhas e adolescentes, o discurso pode ser mais direto, mas deve sempre privilegiar a empatia, o respeito pela sua individualidade e o esclarecimento honesto e adequado ao seu nível de maturidade (Hockenberry & Wilson, 2014).

A brincadeira constitui a atividade central da infância, sendo muito mais do que um mero momento lúdico. Trata-se de um meio privilegiado de comunicação, expressão emocional e adaptação, pelo que deve ser entendida como parte integrante dos cuidados prestados à criança. Reconhecendo esta importância, procurei integrar o brincar terapêutico na abordagem aos procedimentos invasivos, adequando a linguagem e as estratégias utilizadas ao estadió de desenvolvimento da criança. Durante a preparação para exames ou técnicas como a colheita de sangue ou a punção venosa periférica, recorri frequentemente à imaginação e ao jogo simbólico. O garrote era apresentado como um medidor de força muscular, o desinfetante como um "spray mágico", e a criança assumia o papel de "mago da invisibilidade", que iria "fazer o truque da estátua invisível" e ao permanecer imóvel, ninguém o conseguia ver. Estas brincadeiras eram sempre adaptadas aos gostos e interesses de cada criança. O adesivo do final era muitas vezes "o lança teias do homem aranha" e levava comigo autocolantes coloridos e com frases positivas, que os

próprios podiam escolher e manipular durante o procedimento, promovendo a distração e controlo.

Sempre que possível, iniciava o processo de preparação para o procedimento com antecedência: no início de cada turno era delineado um plano de cuidados, em conjunto com a EEESIP, e o mesmo era sempre apresentado e discutido com os pais, dedicando tempo ao diálogo, à construção da relação de confiança com a criança e a família, tentando responder a todas as suas questões e medos. Recorri também a simulações com bonecos ou, em alguns casos, com os próprios pais, permitindo uma visualização concreta do procedimento e reduzindo o medo do desconhecido. Mantendo uma postura empática e honesta, evitando expressões como “não vai doer” ou “nem vais sentir nada”, que podem minar a confiança se a experiência real for diferente. Em vez disso, validava as emoções da criança: “Podes chorar e gritar, sei que estás assustado, só preciso que o teu braço não mexa. Achas que é possível agora?”. Esta estratégia revelou-se eficaz, inclusive em adolescentes, demonstrando que o medo do ambiente hospitalar não está limitado à primeira infância.

No início deste percurso, a faixa etária da adolescência gerava em mim alguma apreensão, sobretudo pela imprevisibilidade e complexidade emocional que lhe são inerentes. No entanto, no estágio do 1º ano deste curso, já me tinha sido possível acalmar esta apreensão e otimizar competências de comunicação com esta faixa etária tão desafiante e neste estágio, em específico no SIMCP, revelou-se uma das experiências mais enriquecedoras e surpreendentes. Foi possível estabelecer relações empáticas e terapêuticas significativas com os adolescentes com quem interagi, compreendendo a importância de uma abordagem sensível, respeitosa e centrada na sua individualidade.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento marcada por profundas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, exigindo por parte do enfermeiro especialista competências específicas de comunicação, compreensão e adaptação (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Esta fase caracteriza-se por uma dualidade identitária, em que o adolescente oscila entre comportamentos mais próximos da infância e atitudes de autonomia e independência, consoante as circunstâncias e necessidades do momento. Tal ambiguidade exige ao enfermeiro um elevado grau de flexibilidade relacional, assim como a capacidade de reconhecer os sinais de aproximação ou retraimento por parte do jovem.

Neste sentido, procurei sempre adotar uma postura empática, assertiva e respeitadora da sua individualidade, investindo na construção de uma relação de

confiança. Esta foi baseada no respeito pela privacidade, na validação das suas emoções e na escuta ativa, elementos fundamentais para que o adolescente se sentisse reconhecido e compreendido. A confidencialidade foi abordada de forma clara, esclarecendo os seus limites de forma transparente, para garantir a segurança do próprio ou de terceiros. Este posicionamento favoreceu a abertura do adolescente à partilha das suas inquietações e permitiu uma comunicação mais fluida, livre de julgamentos e com espaço para o silêncio, quando necessário. Conscientemente, explorei pontos de ligação que facilitassem a empatia, como, por exemplo, comentários relacionados com os seus gostos musicais, estilos ou interesses, que muitas vezes serviam de porta de entrada para diálogos mais profundos.

A experiência no SUPP revelou-se particularmente exigente do ponto de vista comunicacional. Apesar de integrar e aplicar as estratégias comunicacionais previamente exploradas nos diferentes contextos de estágio, a natureza imprevisível e imediata da urgência condiciona, por vezes, a eficácia da comunicação. Nestes contextos de elevada carga emocional, marcados pela ansiedade e pelo medo, é comum que os pais se sintam incapazes de expressar com clareza as suas dúvidas ou fornecer informações relevantes sobre a criança, o que dificulta a avaliação e a tomada de decisão clínica (Biasibetti et al., 2019). A imprevisibilidade da situação clínica, o ritmo acelerado da prestação de cuidados e o clima emocionalmente carregado tornam a comunicação um elemento ainda mais essencial para garantir a segurança, o conforto e a eficácia da intervenção. Neste cenário, a criança pode apresentar diferentes níveis de ansiedade e medo, agravados pela presença de dor, separação dos pais ou exposição a estímulos desconhecidos (Tomás et al., 2023).

Torna-se, por isso, essencial que os profissionais de saúde, e em particular o EEESIP, mantenham uma postura sensível e atenta aos sinais verbais e não verbais da família, de modo a reconhecer preocupações latentes e promover um ambiente de segurança que favoreça o diálogo e a partilha de informação. O medo e a ansiedade podem ser atenuados através da criação de um ambiente seguro e acolhedor, da presença contínua dos pais ou cuidadores, da preparação prévia da criança para os procedimentos e do reforço positivo durante e após a intervenção. O EEESIP deve evitar expressões como “não vai doer” ou “vai ser rápido”, optando antes por uma linguagem verdadeira, mas tranquilizadora, explicando o que vai acontecer com clareza e autenticidade (Stock et al., 2012).

Nestas circunstâncias, a comunicação não-verbal assume uma importância acrescida, funcionando como veículo privilegiado para transmitir segurança, empatia e

disponibilidade. O contacto ocular, a expressão facial, o tom de voz e a linguagem corporal são elementos determinantes na construção de uma relação terapêutica, contribuindo para o alívio da ansiedade e para o estabelecimento de confiança entre os profissionais e a família (Tomás et al., 2023).

Ao longo do estágio, procurei salvaguardar a individualidade de cada criança/jovem e da sua família, respeitando os seus valores, crenças e contexto sociocultural. Numa sociedade cada vez mais plural, marcada por fluxos migratórios e diversidade cultural crescente, o cuidado em enfermagem exige não apenas competência técnica e comunicacional, mas também sensibilidade ética e cultural. O EEESIP tem o dever de reconhecer e integrar as diferenças culturais na prestação de cuidados, promovendo uma abordagem centrada na criança/jovem e família, respeitadora da sua identidade e singularidade.

Este compromisso está consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece que os enfermeiros devem prestar cuidados com respeito absoluto pelos direitos humanos, dignidade da pessoa, convicções religiosas, culturais, ideológicas ou filosóficas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Assim, comunicar com respeito pela cultura implica não apenas aceitar, mas compreender e adaptar a intervenção às práticas e significados atribuídos pela família aos fenómenos de saúde e doença.

Durante a minha prática, tive oportunidade de interagir com famílias provenientes de diferentes contextos culturais e religiosos. Face a essas diferenças, mantive uma postura empática, dialogante e não julgadora, procurando compreender as suas expectativas, formas de cuidado e modelos parentais. Em situações de divergência entre crenças familiares e práticas clínicas, promovi o diálogo informado, com clareza e sensibilidade, valorizando a construção conjunta de decisões. Esta postura facilitou a criação de uma relação de confiança, essencial à eficácia da intervenção terapêutica e ao empoderamento das famílias no processo de cuidado.

Competências desenvolvidas:

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

Objetivos delineados:

- ♣ Desenvolver competências na assistência à criança com doença aguda e doença crónica complexa e família
- ♣ Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na intervenção junto da criança, do jovem e família com necessidade de cuidados urgentes e/ou emergentes
- ♣ Desenvolver capacidades no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais

Atividades planeadas:

- ♣ Prestar cuidados centrados no desenvolvimento a RN em cuidados intensivos com maior instabilidade
- ♣ Trabalhar a autonomia e confiança dos pais de recém-nascidos em cuidados intensivos
- ♣ Realizar procedimentos técnicos específicos ao RN/criança/jovem
- ♣ Estudar e compreender o algoritmo da CPTAS
- ♣ Realizar o processo de triagem
- ♣ Participar no atendimento na sala de emergência

Reflexão crítica:

O exercício da enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica exige uma preparação sólida para intervir em contextos de elevada exigência clínica e emocional. O EEESIP deve ser capaz de reconhecer precocemente sinais de instabilidade e risco vital, implementar estratégias eficazes de controlo da dor, prestar cuidados diferenciados a crianças com doenças raras ou crónicas, bem como apoiar a família no processo de adaptação à doença, à deficiência ou a outras situações de vulnerabilidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Durante o estágio, tive oportunidade de contactar com várias destas realidades, desenvolvendo capacidades de análise clínica e de tomada de decisão fundamentada, que me permitiram prestar cuidados mais seguros e ajustados às necessidades de cada criança e respetiva família. A gestão da complexidade não se restringiu ao domínio técnico: implicou também a capacidade de comunicação eficaz, empatia, respeito pelos valores culturais e adaptação contínua à dinâmica das situações.

A evidência mostra que a atuação do enfermeiro especialista em contextos de complexidade tem impacto direto na qualidade dos cuidados e na satisfação das famílias

(Coyne et al., 2016). Assim, a experiência adquirida permitiu-me aplicar estratégias terapêuticas baseadas na melhor evidência disponível, promover ganhos em saúde e, sobretudo, reforçar o meu compromisso com uma prática profissional ética, centrada na criança/jovem e na família enquanto unidade de cuidado.

No que diz respeito ao reconhecimento precoce de situações de instabilidade e risco de vida, os contextos da UCIN e do SIMCP foram particularmente significativos no meu percurso formativo. Na UCIN, pela natureza diferenciada e altamente especializada do serviço, integrado num hospital central, tive contacto com RN em situação clínica complexa e de elevada gravidade, o que exigia um olhar clínico atento, sistemático e fundamentado. Já no SIMCP, a necessidade de detetar precocemente alterações no estado clínico revelou-se ainda mais desafiante, uma vez que se tratava de um serviço com quartos e monitorização remota, onde a vigilância contínua não era presencial. Esta realidade exigia dos profissionais de enfermagem uma avaliação rigorosa e periódica do estado geral da criança, com recurso a escalas adaptadas à faixa etária, bem como o envolvimento ativo dos pais no processo, capacitando-os para identificar sinais de alarme e tornando-os aliados na segurança dos cuidados. No SUPP, apesar da elevada imprevisibilidade e instabilidade clínica que caracterizam este contexto, senti que a resposta da equipa era eficaz e estruturada. A existência de protocolos bem definidos, a frequência com que ocorrem situações críticas, bem como a articulação próxima com a equipa de cuidados intensivos pediátricos, que se desloca prontamente à sala de emergência sempre que necessário, contribuem para uma atuação segura e coordenada.

Neste âmbito, a formação prévia que trazia em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) revelou-se uma mais-valia, particularmente na gestão do stress, na priorização das ações e na capacidade de resposta perante situações de emergência. Esta formação proporcionou-me ferramentas importantes para manter a clareza de pensamento, adotar uma postura proativa e cooperar eficazmente com a equipa multidisciplinar.

Desde o início do estágio, empenhei-me em conhecer os algoritmos institucionais de resposta a emergências, os circuitos de ativação das equipas de reanimação e em clarificar com os tutores o meu papel enquanto estudante em formação especializada. Esta preparação, feita de forma contínua e crítica, permitiu-me consolidar competências e responder com maior confiança e assertividade em contextos de elevada complexidade, de acordo com os padrões de competência definidos para o EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do estágio, nos vários contextos de prática clínica, foram múltiplas as situações de complexidade vivenciadas, quer relacionadas com a condição clínica do recém-nascido, da criança ou do jovem, quer com a dimensão emocional e parental inerente ao processo de hospitalização. Na UCIN, logo nos primeiros turnos do estágio, um recém-nascido foi transferido de outro hospital com suspeita de patologia cardíaca grave, sem qualquer diagnóstico pré-natal. A ausência de preparação para uma condição de saúde tão severa tornou o processo de aceitação extremamente difícil para os pais, que enfrentavam o seu primeiro contacto com a parentalidade numa realidade profundamente diferente da esperada.

A chegada de um filho é geralmente antecipada pelos pais com grande expectativa, sendo construído, ao longo da gestação, o que diversos autores designam como “bebé imaginado” – uma representação idealizada do bebé, geralmente saudável, perfeita e capaz de corresponder aos desejos e fantasias parentais (Azevedo & Vivian, 2020). Esta construção subjetiva faz parte do processo de vinculação e organização psíquica da parentalidade. Quando, no momento do nascimento ou nos dias subsequentes, a realidade clínica do bebé contraria esse ideal – especialmente sem preparação prévia, como acontece em casos sem diagnóstico intrauterino – dá-se um colapso dessa representação mental, exigindo dos pais uma reformulação abrupta do seu papel e da sua expectativa enquanto cuidadores. O impacto emocional é profundo, podendo surgir sentimentos de choque, culpa, tristeza, negação ou até rejeição, interferindo com o estabelecimento precoce da vinculação (Brazelton & Cramer, 1990).

Neste caso, tratava-se do primeiro filho de um casal jovem, e o processo de luto pelo “bebé saudável imaginado” tornou-se visível nos silêncios, na evitação do contacto com o bebé, nas expressões de incredulidade e sofrimento. A complexidade clínica do RN acentuava ainda mais o desafio: tratava-se de um bebé hemodinamicamente instável, com sinais de falência multiorgânica, edemas generalizados, dependente de múltiplas terapêuticas invasivas e de suporte de vida. Era, naquela fase do estágio, o bebé que exigia maior atenção e vigilância por parte da equipa, sendo igualmente o que maior carga emocional gerava no seio da família e dos profissionais.

Enquanto EEESIP, o cuidar deste bebé foi extremamente exigente, não apenas na vertente técnico-científica – que implicava conhecimento aprofundado das patologias, fármacos e dispositivos –, mas também na vertente relacional. A construção de uma relação terapêutica com os pais foi pautada pela empatia, escuta ativa e reforço positivo, respeitando o tempo de cada um para se aproximar do bebé. A prática clínica demonstrou-

me que, mais do que o domínio técnico, é a presença humana e a capacidade de apoiar emocionalmente os pais nestes momentos que marca verdadeiramente o cuidado especializado em saúde infantil e pediátrica.

Os standards dos cuidados centrados no desenvolvimento foram rigorosamente respeitados ao longo do estágio, não apenas por mim e pela minha enfermeira tutora, mas por toda a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar. Esta coerência na abordagem evidenciou a importância de existir uma equipa coesa, com formação sólida e partilhada nos princípios do modelo NIDCAP. A prática demonstrou-me que a consistência dos cuidados prestados depende não apenas de esforços individuais, mas sobretudo de uma cultura organizacional estruturada em torno de princípios comuns (Als, 1986; Altimier & Phillips, 2016). A presença de uma equipa multiprofissional formada no modelo NIDCAP traduziu-se em cuidados mais harmoniosos, individualizados e sensíveis às necessidades do RN.

No caso específico do RN que exigia cuidados altamente diferenciados, as luzes da box eram mantidas apagadas ou com intensidade mínima, as portas permaneciam encerradas e existia uma atenção constante à redução de estímulos sonoros. Os cuidados eram planeados e realizados em equipa, com o objetivo de minimizar a manipulação, promovendo estabilidade fisiológica e comportamental.

A prestação dos cuidados era frequentemente partilhada entre dois enfermeiros: um responsável pela execução do procedimento e outro pelo suporte ao RN através da aplicação de medidas de contenção e estratégias de conforto. A avaliação contínua dos sinais de stress e autorregulação do bebé antes, durante e após cada intervenção permitia ajustar a abordagem à sua tolerância e respostas comportamentais, em linha com os princípios do NIDCAP, que privilegiam a leitura cuidadosa dos sinais do bebé como forma de guiar a prática clínica (Als, 2015; McAnulty et al., 2009).

A adesão transversal da equipa a esta filosofia permitiu não só a promoção do neurodesenvolvimento, mas também o reforço da vinculação precoce entre os pais e o bebé, respeitando a individualidade e promovendo a parentalidade ativa mesmo em contextos clínicos complexos (Pineda et al., 2018).

Os pais só conseguiram começar a acompanhar o RN a partir do 3º dia de internamento, devido ao internamento da mãe noutra unidade hospitalar (sendo política daquela unidade que os pais são acompanhantes do RN e não visitas, e a sua presença 24h junto do mesmo sempre incentivada e facilitada). A partir desse momento foi logo iniciado um processo de vinculação e inclusão dos mesmos nos cuidados ao RN. Este

processo não foi de todo fácil e foi tendo vários avanços e recuos ao longo do tempo. Compreensivelmente, toda esta situação inesperada constitui um choque para estes pais que verbalizavam várias vezes “mas estava sempre tudo bem, ela até nasceu e estava bem, não percebo porque ficou assim”. A situação do RN que se apresentou súbita e ameaçadora, suscitou dúvidas nestes pais sobre a causa da doença. Estas mesmas dúvidas e questões eram sempre atendidas, acolhidas e esclarecidas, não impedindo, no entanto, que, principalmente a mãe, desenvolvesse um sentimento de culpa que necessitou de intervenção psicológica específica, recusando-se por vezes a tocar no bebé devido ao “medo de estragar alguma coisa e ela ficar pior por minha causa”. Percebendo o receio destes pais, foi delineado um plano com a enfermeira tutora de vários pequenos passos, em que inicialmente os pais eram apenas incentivados a sentar perto do bebé e a falar para ele, conversamos com os pais sobre o poder terapêutico do toque e do cheiro dos pais, pedimos à mãe para passar algumas horas com uma fralda de pano ou um boneco suave junto ao seu peito, de forma a ficar com o seu cheiro e colocar perto do bebé, fazendo com que este tivesse algum estímulo conhecido com “sabor a casa”. A partir daqui, e com a ajuda especializada da psicóloga do serviço, conseguimos que os pais aceitassem tocar no bebé, chegando mesmo a participar de forma ativa nos cuidados assumindo o papel das mãos da contenção e conforto, realizando a avaliação da temperatura axilar e ainda aplicar creme hidratante nos membros superiores e inferiores do bebé. Sentindo-se incluídos e valorizados, estes pais conseguiram exercer o seu papel parental dentro das limitações da situação clínica complexa do seu bebé.

No contexto do SIMCP, experienciei diversas situações marcadas por elevada complexidade, não só pela condição clínica das crianças, mas também por fatores psicossociais associados à parentalidade e à vulnerabilidade social.

Um fenómeno cada vez mais presente é o aumento da população estrangeira residente em Portugal, reflexo do crescente fluxo migratório. Segundo dados da Agência para a Integração, Migrações e Asilo, em 2023 havia mais de um milhão de estrangeiros com autorização de residência no país, o que representa um impacto potencial nos serviços de saúde materno-infantis (AIMA I.P. - DPEE, 2024). Este aumento da migração, frequentemente realizada em contexto de urgência e por motivos de instabilidade política ou socioeconómica, traduz-se em famílias que, por vezes, não reúnem as condições mínimas para assegurar o bem-estar dos recém-nascidos. Neste sentido, surgem internamentos de bebés ditos “casos sociais”, na maioria filhos de mães migrantes que, por ausência de suporte familiar ou habitacional, não podem ter alta da maternidade sem

avaliação e intervenção da equipa de serviço social. Quando se verifica a inexistência de condições mínimas de segurança e apoio, estes RN permanecem internados até se reunir uma resposta social viável, o que, por vezes, culmina em acolhimento institucional temporário.

A complexidade destas situações transcende a dimensão clínica. Trata-se de bebés saudáveis sujeitos a um internamento prolongado e a todos os riscos daí decorrentes, de mães em pleno processo de transição para a parentalidade, muitas vezes solitárias, desprovidas de rede de apoio e vulneráveis do ponto de vista emocional. A *Teoria das Transições* de Meleis, 2010, permite compreender estas experiências como processos críticos e multifacetados, onde a parentalidade é influenciada por fatores pessoais, culturais, socioeconómicos e institucionais. Esta transição torna-se ainda mais exigente quando ocorre em contexto de migração e privação, implicando um acompanhamento sensível e personalizado por parte da equipa de enfermagem.

Em alguns casos, estas mães eram puérperas recentes, frequentemente primíparas, vivendo não só a transição para o papel materno, mas também a transição do primeiro filho. A complexidade aumenta quando se trata do primeiro filho, exigindo um processo profundo de reconstrução identitária (Schumacher & Meleis, 1994). A ausência do pai — muitas vezes ainda no país de origem — e de rede familiar de suporte agravava o impacto emocional, criando barreiras adicionais à vinculação mãe-bebé e à autonomia nos cuidados.

Nestes contextos, enquanto se aguardava decisão do serviço social, a equipa de enfermagem assumia um papel essencial na promoção da capacitação materna. As mães eram incentivadas a assumir os cuidados do bebé, sendo acompanhadas de forma próxima e contínua, assegurando o ensino e reforço das competências relacionadas com a amamentação, higiene, cuidados ao coto umbilical, sono seguro e prevenção de acidentes, tanto em meio hospitalar como no domicílio. A abordagem integrava também o apoio à saúde materna, nomeadamente através da vigilância e ensino sobre cuidados ao períneo, prevenção da mastite, hidratação e nutrição adequadas.

A presença de barreiras linguísticas foi outro desafio relevante. Em muitos casos, as mães não compreendiam português nem inglês, o que dificultava a transmissão de informação essencial. Nestes contextos, recorri a estratégias de comunicação não verbal, com recurso a gestos, demonstrações práticas e material visual sempre que possível, garantindo uma comunicação acessível e eficaz

A prestação de cuidados nestes cenários exigiu uma postura empática, culturalmente sensível e baseada no princípio da equidade, respeitando sempre os valores, crenças e especificidades de cada mãe e criança, conforme previsto no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No SUPP, a resposta rápida perante a instabilidade clínica de crianças e adolescentes revela-se essencial, sendo esta uma característica intrínseca à natureza dos cuidados ali prestados. Este serviço constitui a principal porta de entrada para situações pediátricas emergentes e complexas, exigindo intervenções imediatas, altamente especializadas e coordenadas por parte de equipas interdisciplinares treinadas para atuar em contextos de elevada pressão e incerteza. A urgência pediátrica representa, assim, um ambiente onde a capacidade de resposta célere e eficaz pode determinar a evolução clínica e o prognóstico do utente, sendo essencial a articulação de competências técnicas e relacionais entre os profissionais de saúde (Gomes et al., 2023).

Uma das experiências mais marcantes vividas durante este estágio foi o agravamento súbito do estado clínico de uma criança em idade escolar, após a triagem, que desenvolveu uma convulsão prolongada. A reavaliação e re-triagem imediatas permitiram ativar rapidamente os protocolos de intervenção e administrar sucessivas doses de medicação anticonvulsivante, garantindo a estabilização da criança. Este episódio evidenciou a importância da vigilância contínua, da comunicação clara entre os elementos da equipa e da aplicação rigorosa dos algoritmos institucionais, fundamentais para a segurança do doente.

Destaco também uma situação particularmente exigente em que foi ativada a sala de emergência para receber uma criança toddler helitransportada com queimaduras graves. A preparação prévia da equipa, com reunião multidisciplinar e organização do material e medicação antecipadamente, permitiu uma resposta organizada e eficiente. À chegada, foi necessário proceder à ventilação invasiva por edema da via aérea superior, iniciar terapêutica de fluidos pela extensão e profundidade das queimaduras e realizar os cuidados iniciais de ferida, em articulação com cirurgia plástica e otorrinolaringologia.

Na sala de observação, acompanhei várias crianças que, apesar de estabilizadas, requeriam vigilância contínua. A experiência nesta área reforçou a importância da perícia do enfermeiro na deteção precoce de sinais de deterioração, sobretudo em situações de febre persistente, alterações do estado de consciência ou desidratação. O contacto próximo e empático com a criança e a família permitiu também reforçar ensinamentos dirigidos

à gestão dos sintomas, prevenção de complicações e sinais de alarme, promovendo a literacia em saúde.

No que respeita à triagem, função que assumi com frequência, é importante destacar a sua relevância na priorização do atendimento em serviços de urgência. Como já referido, o hospital em causa utiliza o CPTAS, um instrumento validado que permite estratificar a gravidade clínica com base em critérios objetivos e adaptados à população pediátrica, promovendo a alocação eficiente dos recursos e a segurança clínica. Embora a triagem possa, segundo a Norma nº 002/2018, 2018 da DGS, ser realizada por médicos ou enfermeiros, é prática corrente que esta seja efetuada por enfermeiros, o que, além de potenciar uma abordagem mais humanizada, permite estabelecer desde logo uma relação terapêutica com a criança e a família (Vaz & Trigo, 2020).

Durante o processo de triagem, procurei adotar uma postura empática e clara, explicando aos pais o funcionamento do serviço, os tempos de espera e o critério de atribuição de prioridade por gravidade, de modo a minimizar a ansiedade. Reforcei a possibilidade de retriagem sempre que houvesse alterações no estado clínico da criança e garanti que os pais sabiam que poderiam regressar à triagem para nova avaliação em caso de necessidade. Foi também administrada terapêutica, de acordo com protocolos institucionais, e realizados ensinamentos sobre sinais de alarme e medidas de conforto nas diferentes problemáticas (febre, dificuldade respiratória, dor).

Adicionalmente, aproveitei os momentos de triagem para observar atentamente as crianças em sala de espera, identificando eventuais sinais de agravamento e promovendo uma abordagem preventiva. Em situações de maior preocupação, articulei com a equipa médica e de enfermagem das diferentes áreas, de modo a garantir uma avaliação célere e eficaz, assegurando a prestação de cuidados seguros e oportunos.

Com base nas experiências vividas, considero que a minha prática no SUPP contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências críticas no reconhecimento de situações de urgência, na atuação rápida e fundamentada, e na comunicação terapêutica com a criança e a família. O trabalho em equipa, a utilização de protocolos atualizados e a capacidade de decisão fundamentada foram pilares fundamentais para o desempenho seguro e eficaz em contexto de situações complexas.

Objetivos delineados:

- ♣ Desenvolver competências na avaliação da dor e do bem-estar do recém-nascido em cuidados intensivos, da criança e do jovem

- ♣ Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas à condição da criança, estadió desenvolvimental e situação clínica

Atividades planeadas:

- ♣ Avaliar a dor através das escalas adequadas à idade e condição da criança
- ♣ Utilizar medidas não farmacológicas de alívio e prevenção da dor
- ♣ Gerir medidas farmacológicas de alívio e prevenção da dor

Reflexão crítica:

No contexto dos cuidados especializados prestados pelo EEESIP, a gestão da dor assume um papel central. A dor é uma experiência universal, multidimensional e subjetiva, cuja avaliação e controlo constituem um imperativo ético e clínico na prestação de cuidados em saúde, sobretudo em contexto pediátrico.

A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva, pelo que a forma como se vive e classifica a dor é única e intransmissível, conferindo-lhe, por este motivo, uma necessidade de intervenção individualizada, que vai muito além da administração de analgésicos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A DGS reconheceu a importância da dor ao instituí-la como 5.º sinal vital em 2003, tendo, em 2008, declarado a obrigatoriedade da sua avaliação e registo sistemático, bem como o controlo da mesma como elemento central da qualidade e humanização dos cuidados (Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003; Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD, 2008). Em contexto pediátrico, a dor reveste-se de especial complexidade devido à imaturidade neurológica, diversidade de expressão consoante a idade e fatores psicossociais, exigindo um planeamento de cuidados diferenciado e centrado na criança e na família (Orientação 014/2010, 2010). A subjetividade desta experiência implica que o enfermeiro adapte as suas estratégias de avaliação e intervenção, tendo em conta as características individuais de cada criança. A perceção da dor nas crianças é influenciada por fatores biológicos (idade, desenvolvimento neurofisiológico, tipo e extensão da lesão), psicológicos (experiências prévias, personalidade, estratégias de coping) e socioculturais (modelo parental, crenças, educação, ambiente familiar) (S. Santos et al., 2018).

O enfermeiro desempenha um papel central na identificação precoce, avaliação e implementação de estratégias de alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas. Por sua vez, o EEESIP assume um papel central na gestão integrada da dor da criança e do

jovem, sendo detentor de competências avançadas que lhe permitem atuar de forma diferenciada e fundamentada. Para além da gestão segura e eficaz de terapêuticas farmacológicas, o EEESIP aplica, de forma competente, intervenções não farmacológicas baseadas na evidência, orientadas para o alívio da dor e para a promoção do conforto, ajustadas à idade, desenvolvimento e contexto clínico da criança (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Esta responsabilidade, intrinsecamente ligada à sua prática especializada, reflete o compromisso ético e técnico com a qualidade e a humanização dos cuidados prestados. Por último, mas não menos importante, os cuidadores assumem também um papel determinante na identificação e interpretação dos sinais de dor, sobretudo em crianças não verbais ou com comprometimentos no desenvolvimento (Franck et al., 2000).

A correta avaliação da dor é a base de qualquer intervenção eficaz, devendo considerar as suas várias dimensões – localização, intensidade, duração, impacto funcional e expressão emocional. Para tal, utilizam-se escalas validadas de auto e heteroavaliação, selecionadas conforme a idade, o desenvolvimento e a condição clínica da criança (Orientação 014/2010, 2010). A autoavaliação, com recurso à Escala Numérica ou FACES de Wong-Baker, é aplicável a partir dos 4 anos, sendo preferida a escala numérica a partir dos 6 anos, após confirmação da compreensão. Para crianças menores ou com limitação cognitiva, dá-se preferência à observação do seu comportamento e alterações fisiológicas e recorrem-se a escalas comportamentais como a FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised), adaptada para crianças com multideficiência (Orientação 014/2010, 2010).

Em RN a avaliação da dor é particularmente desafiante. Durante décadas, assumiu-se erroneamente que os RN eram incapazes de sentir dor devido à imaturidade do sistema nervoso central. Contudo, evidências científicas demonstram que os RN, incluindo os prematuros, possuem vias nociceptivas funcionais desde o período fetal, sendo inclusive mais sensíveis ao estímulo doloroso devido à imaturidade dos mecanismos inibitórios (Walker, 2014). A avaliação da dor em RN, exige o recurso a instrumentos específicos que integrem parâmetros comportamentais e fisiológicos. Esta tarefa, intrinsecamente desafiante, requer competências diferenciadas por parte do profissional de saúde, sendo essencial a sua formação e treino na identificação de sinais subtis, como alterações na expressão facial, movimentos corporais atípicos, instabilidade autonómica ou padrões respiratórios alterados (Hockenberry & Wilson, 2014). Escalas específicas como a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), Premature Infant Pain Profile (PIPP) e a Escala de

EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né) são amplamente recomendados e validados para avaliação da dor no período neonatal, por avaliarem indicadores fisiológicos e comportamentais como expressão facial, choro, movimentos respiratórios, postura e estado de vigília (Batalha, 2013; Lawrence et al., 1993; McGrath et al., 2013). Em RN ventilados, a Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) é considerada mais adequada (Orientação 014/2010, 2010).

No meu percurso profissional, particularmente no contexto dos cuidados intensivos neonatais, tive oportunidade de aprofundar competências nesta área, através de formações específicas e da prática continuada. A avaliação da dor no RN revela-se um processo complexo, demorado e exigente, que requer sensibilidade clínica, conhecimento aprofundado do desenvolvimento neonatal e rigor na observação, para assegurar a implementação de intervenções individualizadas, baseadas em evidência e centradas no conforto e bem-estar do RN.

Ao longo dos diversos contextos clínicos integrados durante o estágio, tive oportunidade de aplicar um vasto conjunto de escalas de avaliação da dor adaptadas à idade pediátrica, de acordo com o estadió de desenvolvimento, condição clínica e capacidade de comunicação da criança.

Na UCIN, encontrava-se protocolizada a utilização da escala EDIN para a avaliação da dor prolongada em RNPT e de termo. A sua aplicação encontrava-se padronizada com uma periodicidade de oito horas, permitindo monitorizar sinais comportamentais subtis de desconforto mantido (Debillon et al., 2001). Adicionalmente, era sistemática a utilização da escala PIPP na avaliação da dor aguda associada a procedimentos com potencial nociceptivo, pela sua sensibilidade aos indicadores fisiológicos e comportamentais ajustados à idade gestacional (McGrath et al., 2013).

No período em que decorreu o estágio, encontrava-se em revisão o protocolo institucional para eventual adoção da escala N-PASS, mais adequada à monitorização contínua da dor e agitação em recém-nascidos ventilados e/ou sob medicação com efeito sedativo. Esta escala apresenta como vantagens a sua aplicabilidade em situações de sedação e ventilação mecânica, integrando parâmetros comportamentais e fisiológicos de forma sistematizada. Tive a oportunidade de contribuir de forma modesta para este processo de revisão através da realização de pesquisa bibliográfica sobre a fiabilidade e aplicabilidade clínica desta escala, a qual já se encontra implementada no serviço onde desempenho funções profissionais.

Nos restantes contextos de estágio, designadamente no SUPP e no SIMCP, utilizei escalas diferenciadas, em função da faixa etária e da capacidade expressiva das crianças. Em RN, a EDIN continuou a ser a escala de referência, sendo a PIPP aplicada no SUPP, particularmente em situações de procedimentos dolorosos. A escala FLACC-R foi amplamente utilizada em crianças pequenas que, pela sua imaturidade ou condição clínica, não conseguiam verbalizar de forma fiável a sua experiência dolorosa. Em crianças com idade superior a seis anos, a escala numérica foi a mais frequentemente utilizada, sendo também a preferida por adolescentes, dada a sua simplicidade e facilidade de compreensão. De forma menos frequente, mas ainda assim pertinente em algumas situações, quer com crianças em idade escolar quer com jovens, recorri à utilização da escala de faces, particularmente útil em casos de elevada ansiedade, retraimento ou dificuldades de comunicação verbal com os profissionais de saúde. Esta abordagem demonstrou-se eficaz na obtenção de uma estimativa fiável da intensidade da dor autorreferida, promovendo a participação ativa da criança no seu próprio processo terapêutico, mesmo em contextos de maior vulnerabilidade emocional (Chambers et al., 1999).

Durante o estágio no SUPP, tive oportunidade de refletir com o enfermeiro tutor sobre os desafios inerentes à avaliação e gestão da dor neste contexto específico, marcado por elevada rotatividade de utentes, pressão assistencial e dinâmicas de atuação rápida. Foi sublinhada a necessidade de reforçar a implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor e de otimizar a utilização sistemática das escalas avaliativas. Uma das sugestões discutidas prendeu-se com a requisição da disponibilidade de sacarose a 24% no serviço, enquanto medida não farmacológica eficaz na analgesia de RN durante procedimentos dolorosos e no incentivo da amamentação durante a realização desses procedimentos (Orientação n° 024/2012, 2012).

A implementação de estratégias não farmacológicas na gestão da dor em contexto pediátrico tem-se revelado uma componente fundamental dos cuidados de enfermagem, contribuindo significativamente para a humanização da prática clínica e para a diminuição do sofrimento da criança durante procedimentos potencialmente dolorosos. Estas intervenções, ao serem adaptadas às diferentes etapas do desenvolvimento, potenciam a sua eficácia e promovem uma abordagem centrada na criança e na família (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A UCIN representa um ambiente altamente estimulante, com elevada incidência de procedimentos dolorosos e manipuladores, pelo que se implementam cuidados centrados

no desenvolvimento (NIDCAP) e estratégias de manipulação mínima para reduzir o stress e a dor. As intervenções não farmacológicas assumem especial importância neste contexto, sendo eficazes, de baixo custo, pouco invasivas e com envolvimento parental. Entre estas incluem-se: contenção, sucção não nutritiva, contacto pele-a-pele (método canguru), posicionamento adequado, administração de sacarose a 24% ou leite materno antes dos procedimentos, e promoção do sono (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2013). Em idade escolar, os jogos e brincadeiras estruturadas contribuem para a distração e redução da percepção dolorosa, sendo que nos adolescentes se privilegiam técnicas de controlo respiratório, imaginação guiada e distração cognitiva (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Estas estratégias foram amplamente aplicadas ao longo do estágio, evidenciando-se a sua eficácia na promoção do conforto, na regulação emocional e na diminuição da ansiedade associada aos procedimentos. A presença dos pais ou figuras significativas foi sempre valorizada, reconhecendo-se o seu papel enquanto co-reguladores emocionais, essenciais à estabilidade e segurança afetiva da criança.

Durante o meu estágio na UCIN, implementei múltiplas intervenções não farmacológicas de alívio da dor: contenção durante os cuidados, toque terapêutico, sucção não nutritiva, administração de sacarose a 24% ou leite materno, contacto pele-a-pele, posicionamento e diminuição dos estímulos ambientais (luz, ruído, temperatura). Estas intervenções foram sempre articuladas com os pais, promovendo a sua participação ativa, nomeadamente através da prática do método canguru ou massagens (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Orientação nº 024/2012, 2012). Utilizei também estratégias combinadas, como no caso da punção do calcanhar, associando sucção não nutritiva, sacarose e contenção, o que evidencia uma atuação fundamentada na evidência (Campbell-Yeo et al., 2022). A terapêutica farmacológica foi ponderada sempre com critério, face à imaturidade metabólica e ao risco de efeitos adversos nos RN. No entanto, a combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas revelou-se eficaz, com ganhos evidentes na estabilidade fisiológica, comportamento e conforto dos recém-nascidos.

Como anteriormente abordado neste relatório, os pais eram sistematicamente incentivados a participar ativamente nos cuidados ao RN, incluindo aqueles em situação clínica de maior instabilidade. Sempre que clinicamente possível e adequado, as estratégias não farmacológicas para controlo da dor (contenção, o posicionamento, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose a 24%, a amamentação ou o contacto

pele a pele) eram implementadas pelos próprios pais, sob supervisão de enfermagem. Esta abordagem mostrou-se benéfica não só para a redução do desconforto do RN, mas também para o fortalecimento do vínculo parental e para o reforço da competência percebida pelos pais. Simultaneamente, e nos casos clinicamente indicados, os cuidados eram planejados de forma a permitir a administração atempada da terapêutica analgésica prescrita, assegurando uma melhor tolerância aos procedimentos e diminuindo o sofrimento associado (McGrath et al., 2013).

A triagem no SUPP exigia a monitorização sistemática da dor, apesar de este processo se revelar desafiante e, por vezes, tendencialmente sobrestimado pela percepção dos pais. Neste contexto, recorri à heteroavaliação da dor, complementada pela autoavaliação da criança, sempre que possível, de modo a obter uma avaliação mais equilibrada e fidedigna.

No âmbito das estratégias farmacológicas, foram adotadas intervenções como a aplicação tópica de lidocaína em spray e, nos casos programados, o uso de creme anestésico EMLA® para procedimentos invasivos, nomeadamente punções venosas (Orientação nº 022/2012, 2012). Paralelamente, implementei medidas não farmacológicas, incluindo técnicas de distração através de brinquedos e vídeos, estratégias de relaxamento respiratório e reforço positivo, com vista à diminuição da percepção da dor e da ansiedade. Em lactentes, promovi a amamentação durante os procedimentos, uma intervenção analgésica eficaz e segura (Ordem dos Enfermeiros, 2008, 2013), ou na sua impossibilidade, à realização do procedimento no colo da mãe/pai, utilização da sacarose a 24% conjuntamente com a sucção não nutritiva.

Reconhecendo que o controlo da dor não se limita à intervenção no momento do procedimento, privilegiei a preparação adequada da criança e da família, como instrumento facilitador. Através de uma comunicação clara, ajustada ao estadio desenvolvimental da criança, promovi o envolvimento ativo dos pais na gestão da situação dolorosa, capacitando-os para um papel co-regulador e protetor durante o procedimento. Esta abordagem contribuiu para a redução da ansiedade e do sofrimento e promoveu cuidados mais humanizados, em consonância com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013) e com a evidência disponível (A. Fernandes et al., 2011).

Ao longo dos diversos contextos de estágio, evidenciei sensibilidade clínica, iniciativa e autonomia na avaliação e controlo da dor em idade pediátrica, assumindo este

domínio como uma responsabilidade ética, deontológica e inerente à prática especializada em enfermagem.

Apesar da crescente valorização da dor como o quinto sinal vital, persiste na prática clínica uma tendência à sua subavaliação e subtratamento, particularmente em RN e lactentes, o que compromete a qualidade e a equidade dos cuidados prestados (M. E. P. I. Silva & Silva, 2021). Esta realidade enfatiza a necessidade de reforçar a literacia em dor pediátrica, tanto na formação pré-graduada como em contexto clínico, e de promover a sistematização de práticas avaliativas adequadas à idade e condição clínica da criança.

Neste enquadramento, considero ter desenvolvido competências avançadas no domínio da gestão da dor pediátrica, sustentadas na evidência científica, na individualização da intervenção e no respeito pela experiência subjetiva da criança.

Competências desenvolvidas:

- ◆ 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;

Objetivos delineados:

- ♠ Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil através da prestação de cuidados de enfermagem centrados no desenvolvimento do RN internado na UCIN
- ♠ Compreender o processo de desenvolvimento da metodologia NIDCAP no contexto da prática

Atividades planeadas:

- ♣ Prestar cuidados especializados ao RN e família, no contexto da UCIN
- ♣ Prestar cuidados centrados no neurodesenvolvimento

Reflexão crítica:

A prática de enfermagem em neonatologia insere-se num contexto clínico altamente especializado, caracterizado pela utilização de tecnologias avançadas e pela prestação de cuidados complexos, direcionados a recém-nascidos com necessidades críticas. O progresso científico e tecnológico verificado nas últimas décadas, associado à melhoria

dos cuidados perinatais e neonatais, contribuiu significativamente para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso extremo, mesmo em idades gestacionais muito precoces. Em Portugal, a taxa de sobrevivência de recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação ultrapassa atualmente os 85%, valor que contrasta de forma expressiva com os índices verificados há três décadas (Camacho-Sampaio et al., 2025).

Este avanço, embora positivo, trouxe consigo novos desafios para a prática de enfermagem. A sobrevivência de recém-nascidos extremamente imaturos implica frequentemente a utilização prolongada de ventilação mecânica, nutrição parentérica e outros suportes invasivos, aumentando o risco de complicações como displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, retinopatia da prematuridade e atrasos no desenvolvimento (Mendes, 2023). Paralelamente, emergiu a necessidade de centrar a intervenção não apenas na preservação da vida, mas também na promoção da qualidade de vida e no desenvolvimento global da criança, desde os primeiros dias de internamento.

Atualmente, reconhece-se a elevada vulnerabilidade neurológica e emocional destes recém-nascidos, particularmente dos prematuros extremos, sendo fundamental proteger os processos integrados de maturação neurológica e de vinculação afetiva. A prestação de cuidados deve recriar, tanto quanto possível, um ambiente que simule as condições uterinas, minimizando estímulos nocivos e promovendo experiências sensoriais, motoras e relacionais adequadas. Neste enquadramento, filosofias de cuidados como o Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) têm vindo a assumir um papel central, orientando a prática para intervenções individualizadas, baseadas na leitura atenta dos sinais comportamentais do recém-nascido e na colaboração estreita com a família (Als, 2015).

A integração desta abordagem na neonatologia portuguesa representa um avanço significativo, contribuindo para cuidados mais humanizados e centrados no desenvolvimento, e respondendo de forma mais eficaz aos desafios éticos e clínicos colocados pela sobrevivência de recém-nascidos em condições de elevada complexidade.

A prestação de cuidados de enfermagem em neonatologia, particularmente em casos clínicos de maior complexidade, exige não apenas um aprofundamento sólido de conhecimentos técnicos e científicos, mas também uma consciência crítica e reflexiva sobre os desafios emergentes da prática profissional. Estes desafios são particularmente evidentes na interação e no suporte à díade recém-nascido–família, exigindo abordagens

integradas que conciliem a utilização de tecnologia avançada com a promoção de um desenvolvimento saudável e harmonioso.

Os progressos na sobrevivência e prognóstico dos recém-nascidos alcançados com o avanço das tecnologias e dos cuidados especializados implicam a realização frequente de procedimentos invasivos que aumentam a discrepância entre as necessidades neurobiológicas do cérebro fetal no ambiente intrauterino e a realidade sensorial e física da UCIN (Als, 2015).

Entre os fatores que contribuem para este impacto incluem-se a fragmentação do sono, episódios prolongados de choro não consolado, variações bruscas na hemodinâmica provocadas por manipulação excessiva, mudanças frequentes de posição, intervenções dolorosas, exposição a ruídos e luminosidade intensos, impossibilidade de amamentação precoce e redução do contacto físico e social. Estes elementos, aliados à separação precoce dos pais inerente ao internamento, privam o recém-nascido de estímulos biologicamente relevantes e protetores do desenvolvimento (J. Santos et al., 2015). O modelo NIDCAP, criado por Heidelise Als, surgiu para atenuar estes efeitos e defende intervenções individualizadas baseadas na observação sistemática do comportamento do recém-nascido (Als, 2015). Esta abordagem valoriza as competências inatas do recém-nascido, apoia as áreas de maior vulnerabilidade e promove o desenvolvimento neurosensorial e emocional, reduzindo o stresse e a dor associados a exames e terapêuticas invasivas, e integrando ativamente os pais como cuidadores principais (Vittner et al., 2025).

A filosofia NIDCAP parte do reconhecimento de que os RN, especialmente os prematuros, apresentam elevada neurosensibilidade, decorrente da imaturidade dos seus mecanismos de autorregulação, tornando-os particularmente vulneráveis aos estímulos ambientais adversos (Als, 2015). O enfermeiro, enquanto profissional especializado, tem um papel crucial na implementação desta filosofia, ao garantir um ambiente protetor do desenvolvimento cerebral e ao promover a vinculação segura entre o recém-nascido e os seus pais. A unidade onde decorreu o estágio é centro de formação NIDCAP e a enfermeira tutora é formadora certificada NIDCAP, o que se revelou numa enorme vantagem e possibilidade de aprendizagem, permitindo desenvolver e implementar práticas alinhadas com esta filosofia: procurei organizar e agrupar os cuidados em articulação com a equipa multidisciplinar, respeitando os ciclos sono/vigília do bebé; durante a manipulação, tendo a vantagem dos cuidados prestados a quatro mãos, mantinha-se contenção suave e movimentos lentos e controlados, sempre atentos às

respostas fisiológicas e comportamentais, com o objetivo de potenciar as forças do recém-nascido e proteger as áreas mais frágeis; o conforto e a autorregulação foram promovidos através de ninhos adaptados, posicionamento adequado e atenção à temperatura corporal e ambiental; sempre que possível, aqueciam-se previamente as mãos antes do contacto, ajustava-se a temperatura e a humidade da incubadora, reduzia-se o volume dos equipamentos, evitavam-se conversas desnecessárias e limitava-se a abertura das portas da incubadora. Para minimizar a exposição luminosa, utilizavam-se capas protetoras em cima das incubadoras e, nos casos de fototerapia, proteção ocular adequada. Este acompanhamento especializado não só aumentou a eficácia das intervenções de enfermagem, como também reforçou o envolvimento ativo dos pais, favorecendo a vinculação precoce e a segurança emocional.

Tal como defendem Coelho et al., 2025, o cuidado centrado no desenvolvimento não se restringe a ajustes ambientais ou posicionamento. O elemento central é a construção de relações terapêuticas com o recém-nascido e a família, favorecendo o contacto pele-a-pele (método canguru), o suporte individualizado à alimentação e o conforto emocional.

Neste sentido, o *Método Canguru* foi promovido diariamente, em horários acordados com os pais e alternando entre progenitores, garantindo privacidade e um ambiente de intimidade.

Na alimentação, aplicou-se a estratégia baseada em sinais comportamentais, que respeita o ritmo do bebé e exige coordenação entre sucção, deglutição e respiração, assegurando estabilidade fisiológica e regulação comportamental (Ofek Shlomai et al., 2024).

No decurso do estágio, tive a oportunidade de acompanhar e prestar cuidados centrados no neurodesenvolvimento a diversos recém-nascidos prematuros, cada um com a sua história única e desafios próprios, mas todos partilhando a fragilidade e a força que caracterizam os primeiros dias de vida fora do útero materno. Entre estes, destacaram-se dois gémeos do sexo masculino nascidos às 26 semanas de gestação, cuja evolução clínica decorreu de forma estável e harmoniosa, sem intercorrências significativas para além da necessidade de ganho ponderal e maturação fisiológica. Desde muito cedo, os seus pais revelaram notável autonomia na prestação dos cuidados de alimentação, higiene e sono, demonstrando competência e sensibilidade na interpretação dos sinais de prontidão dos filhos para as diferentes atividades — desde a alimentação ao contacto pele a pele, passando pelo método canguru e os cuidados de higiene. Este envolvimento parental

precoce não só promoveu o vínculo afetivo como também contribuiu para a estabilidade emocional e fisiológica dos bebês, reforçando os princípios de cuidados centrados na família.

Outro caso que marcou a minha experiência foi o acompanhamento de uma recém-nascida prematura extrema, com 24 semanas de idade gestacional (26 semanas corrigidas aquando do primeiro contacto). Esta bebé enfrentou complicações associadas à imaturidade extrema, nomeadamente enterocolite necrosante, que implicou intervenção cirúrgica e subsequente ileostomia temporária. A complexidade do seu quadro clínico exigiu cuidados diferenciados e altamente especializados, mas, ainda assim, todos prestados sob a filosofia do NIDCAP.

Nestes dois casos clínicos tão distintos, confirmou-se que o cuidado em neonatologia vai muito além da aplicação de técnicas e protocolos. É um encontro delicado entre ciência e sensibilidade, onde cada gesto, cada toque e cada silêncio têm o potencial de influenciar o desenvolvimento e o bem-estar do recém-nascido.

A experiência prática incluiu, também, a realização e acompanhamento de múltiplos procedimentos técnicos, em simultâneo com a implementação de cuidados centrados no desenvolvimento: aspiração de secreções, colocação de sondas orogástricas, cuidados a recém-nascidos com ventilação não invasiva e ventilação invasiva, fototerapia, inserção de cateteres epicutâneos, umbilicais e venosos periféricos, bem como tratamento de feridas (cirúrgicas), diálise peritoneal e cuidados com drenos torácicos. Estas experiências conjugaram conhecimentos teóricos com a execução técnica, reforçando competências essenciais para a prática avançada em neonatologia.

Em síntese, esta experiência possibilitou o desenvolvimento de competências especializadas, integrando a utilização de tecnologias avançadas com estratégias de cuidado centradas no desenvolvimento e bem-estar do RN. A aplicação consistente da filosofia NIDCAP resultou numa prática de enfermagem mais humanizada, segura e cientificamente fundamentada, com impactos positivos evidentes tanto na qualidade dos cuidados prestados como nos resultados clínicos e emocionais para o recém-nascido e a sua família.

Objetivos delineados:

- ♣ Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, em meio hospitalar, através da prestação de cuidados de enfermagem especializados

- ♠ Desenvolver competências no processo de triagem de crianças e adolescentes que recorrem ao SUPP

Atividades planeadas:

- ♣ Maximizar a experiência da hospitalização da criança e família
- ♣ Consultar os referenciais teóricos de apoio à triagem
- ♣ Realizar triagem a RN, crianças e adolescentes

Reflexão crítica:

A concretização destes objetivos ocorreu de forma particularmente significativa durante a experiência de estágio no SIMCP e no SUPP.

O internamento pediátrico constitui, para a criança e para a sua família, um momento de profunda rutura com a normalidade do quotidiano. No contexto do estágio realizado no internamento de pediatria, deparei-me com uma realidade particularmente exigente: grande parte das crianças internadas apresentava condições clínicas complexas, o que implicava hospitalizações prolongadas, por vezes com semanas ou meses de duração. Estas estadias longas, inevitáveis para garantir a estabilização e o tratamento adequado, traziam consigo implicações significativas para o bem-estar físico, emocional e social da criança, dos seus pais e, muitas vezes, também dos irmãos.

A hospitalização da criança, especialmente quando prolongada, é vivida como uma experiência potencialmente traumática. O ambiente hospitalar, apesar de cuidado e seguro, permanece um espaço estranho, repleto de ruídos, equipamentos e procedimentos que interferem com a rotina habitual, o sono, a privacidade e as brincadeiras (Hockenberry et al., 2023). Nos internamentos prolongados, estas alterações podem traduzir-se em regressões no desenvolvimento, alterações do humor, dificuldades de socialização e dependência excessiva dos pais ou profissionais de saúde. A criança vê-se afastada dos seus amigos, da escola, das suas atividades habituais e, por vezes, dos próprios irmãos e de um dos pais, sendo privada de experiências essenciais ao seu desenvolvimento psicossocial (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para os pais, o impacto é igualmente profundo. A permanência contínua junto do filho hospitalizado exige reorganização das rotinas familiares, ajustamentos laborais, gestão das responsabilidades domésticas e dos cuidados aos outros filhos. Este contexto é frequentemente acompanhado de sentimentos de impotência, medo e insegurança quanto ao futuro, agravados pela complexidade da condição clínica da criança (Antão et al., 2018). Os irmãos, por sua vez, podem experienciar sentimentos ambivalentes: por um

lado, compreendem a necessidade da atenção dedicada ao irmão doente; por outro, sentem a ausência física e emocional dos pais, podendo desenvolver sentimentos de ciúme, exclusão ou ansiedade (Dryden-Palmer et al., 2024).

No serviço onde estagiei, constatei que a equipa de enfermagem desempenhava um papel essencial não só na redução dos efeitos stressores inerentes à hospitalização prolongada, mas também na promoção de vivências positivas, que contribuíssem para o fortalecimento das competências da criança e da família e para a sua adaptação ao contexto hospitalar. A proximidade diária com a criança e a família permitia não apenas assegurar a prestação de cuidados de qualidade, mas também criar um vínculo terapêutico sustentado, capaz de suavizar o peso emocional da hospitalização. Acolher a criança e a família no momento da admissão foi, para mim, sempre um momento-chave. O primeiro contacto, quando pautado pela empatia, clareza e atenção às necessidades imediatas, constitui-se como um facilitador do processo de adaptação e da construção de uma relação de confiança.

Ao longo do estágio, participei ativamente neste processo de acolhimento, procurando sempre que o momento inicial fosse caloroso, informativo e humanizado. Apresentava-me à criança e à família, recolhia informações sobre as suas rotinas e preferências, explicava as normas do serviço e mostrava as instalações, enfatizando os espaços lúdicos disponíveis. Sempre que possível, incentivava a personalização do espaço com brinquedos, fotografias ou objetos familiares, de forma a atenuar a sensação de estranheza e promover um ambiente mais acolhedor.

Nos internamentos longos, a minha intervenção também passava por apoiar na manutenção dos laços familiares e sociais. Incentivava e facilitava a presença e a participação ativa dos pais nos cuidados, valorizando o seu papel e encorajando-os a interpretar e responder aos sinais e necessidades da criança. Paralelamente, procurava incluir e apoiar os irmãos, quando presentes, explicando-lhes, de forma adequada à sua idade, a situação clínica e permitindo-lhes participar, quando possível, em momentos de interação com o irmão hospitalizado.

O internamento prolongado em pediatria não é apenas um processo clínico; é um percurso de adaptação, resiliência e transformação para a criança e para a família. O enfermeiro especialista, neste contexto, assume-se como mediador entre a complexidade técnica dos cuidados e a preservação da dimensão humana, afetiva e familiar que sustenta a recuperação.

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar o caso de uma criança do sexo feminino, de 10 anos, internada por um quadro de artrite séptica do cotovelo que evoluiu com complicações significativas, exigindo múltiplas intervenções cirúrgicas. Este internamento prolongado, de elevada complexidade, teve um impacto profundo não apenas na condição física, mas também no bem-estar psicológico da criança e no equilíbrio familiar. Ao longo das semanas, tornou-se evidente uma perda progressiva de apetite, associada a um estado de humor deprimido e a sinais de frustração e isolamento social. O momento das refeições, que deveria ser um espaço de prazer e nutrição, transformara-se num evento marcado por tensão e ansiedade, tanto para a criança como para os pais, que se viam impotentes perante a recusa alimentar.

A repercussão física desta situação tornou-se particularmente evidente com o aparecimento de uma úlcera de pressão na região sacrococcígea, condicionando ainda mais a mobilidade e obrigando a uma alternância frequente entre decúbitos laterais, evitando a posição sentada e o decúbito dorsal. Este quadro, além de comprometer a recuperação física, limitava ainda mais a interação social e a participação em atividades lúdicas, agravando o sentimento de isolamento.

Reconhecendo a importância de intervir de forma direcionada, optei por estar fisicamente presente durante as refeições. Esta proximidade permitiu-me observar que a recusa alimentar não se devia apenas a um desinteresse geral pela comida, mas também a uma seletividade alimentar. A maioria dos alimentos fornecidos não correspondia aos seus gostos habituais, e os suplementos nutricionais prescritos eram exclusivamente de sabor a baunilha, quando a criança manifestava preferência por sabores como chocolate ou morango. Paralelamente, percebi que a impossibilidade de frequentar a sala de brincar reforçava a monotonia e a falta de estímulos positivos, elementos essenciais para o bem-estar e a recuperação em contexto pediátrico (Antão et al., 2018).

Face a estas observações, articulei com a nutricionista do serviço a elaboração de um plano alimentar personalizado, que respondesse simultaneamente às necessidades nutricionais e às preferências alimentares da criança, integrando sabores e preparações familiares para aumentar a aceitação (por exemplo, a maçã assada como sobremesa que era algo sempre presente nas refeições em casa e era, também, das poucas frutas que a criança gostava). Em conjunto com a equipa de cirurgia pediátrica e as educadoras do hospital, delineou-se também um plano lúdico-educativo, que permitiu a permanência da menina na sala de brincar em momentos controlados e, nas horas de restrição de mobilidade, a disponibilização de materiais educativos e recreativos no quarto.

A colaboração estreita com os pais foi igualmente determinante. Através do diálogo e da partilha de estratégias, conseguiram compreender melhor as necessidades da filha e adotar uma postura mais tranquila durante as refeições, reduzindo a carga emocional associada a esse momento. Esta abordagem integrada resultou numa melhoria gradual da ingestão alimentar, numa diminuição da ansiedade parental e num aumento da motivação da criança para participar nas atividades propostas, refletindo-se positivamente no seu estado nutricional, na cicatrização progressiva da lesão e no seu bem-estar global.

Este caso evidencia como, em internamentos prolongados, a atuação do enfermeiro especialista vai muito além da execução de procedimentos clínicos, abrangendo uma dimensão holística que integra a criança, a família e a equipa multidisciplinar. A personalização dos cuidados, a escuta ativa e a capacidade de articular intervenções com diferentes profissionais revelam-se essenciais para promover a recuperação e minimizar os impactos negativos de hospitalizações extensas.

A experiência adquirida no contexto de hospitalização prolongada, marcada por histórias de resiliência e fragilidade, revelou-me a profundidade do impacto que a doença e o internamento têm não apenas sobre a criança, mas sobre todo o seu núcleo familiar. Nesses dias longos, entre rotinas clínicas e gestos de cuidado, aprendi que a enfermagem pediátrica é, antes de tudo, um encontro humano, onde o conhecimento técnico se entrelaça com a escuta atenta, a sensibilidade e a capacidade de ler o que não é dito. Esta compreensão tornou-se ainda mais evidente no SUPP, onde, em contraste com o internamento prolongado, cada minuto conta e a avaliação inicial pode ditar o rumo do prognóstico.

No SUPP, o desafio é duplo: intervir rapidamente perante condições clínicas potencialmente ameaçadoras, mantendo, ao mesmo tempo, um olhar humano e centrado na criança e na sua família. É aqui que a triagem canadiana (CTAS) se assume como ferramenta estruturante, garantindo que a prioridade é definida pela gravidade clínica e não pela ordem de chegada (Norma nº 002/2018, 2018). Contudo, para além do protocolo, está o enfermeiro especialista — profissional que conjuga raciocínio clínico, competências especializadas, reconhecimento de padrões, experiência prática e intuição desenvolvida ao longo dos anos.

O papel deste profissional traduz-se em ações concretas e diferenciadas. É o enfermeiro especialista que, perante uma criança com sinais subtis de instabilidade hemodinâmica — como alteração da coloração cutânea ou ligeira diminuição da responsividade — consegue, pela conjugação da observação clínica e do conhecimento

fisiopatológico, atribuir prioridade elevada mesmo antes da deterioração evidente. É ele também que, no atendimento a uma criança politraumatizada, mobiliza simultaneamente recursos técnicos (imobilização, monitorização, controlo de vias aéreas) e competências de comunicação terapêutica, explicando aos pais, de forma clara mas serena, cada procedimento, reduzindo o impacto emocional da situação.

Estabelecer uma relação de confiança era fundamental porque, no SUPP, a criança permanecia frequentemente durante várias horas, sendo comum reencontrarmo-nos mais tarde no percurso assistencial — fosse numa retriagem, na realização de procedimentos necessários ou na monitorização contínua. Esse reencontro, sustentado por uma ligação e confiança previamente construídas, tornava as intervenções mais tranquilas e colaborativas, reduzindo o stress da criança e aumentando a aceitação dos cuidados.

Durante o estágio, percebi que a urgência pediátrica é igualmente palco de um mosaico cultural cada vez mais diversificado. Recordo o atendimento a uma mãe de origem paquistanesa, que trazia nos braços o seu recém-nascido, preocupada com a perda ponderal que este apresentava (encaminhada pelo médico do centro de saúde). A barreira linguística obrigou à utilização do inglês como meio de comunicação, permitindo aferir o seu conhecimento sobre a alimentação do recém-nascido e realizar ensinamentos, em conformidade com as recomendações nacionais para esta faixa etária, mas sempre respeitando as crenças e os costumes culturais paquistaneses. Foi também importante, mais à frente no processo assistencial, ter reservado um espaço privado para acompanhar esta mãe num momento de amamentação ao seu bebé, levantando a oportunidade de a instruir sobre uma técnica de amamentação mais eficaz e corrigir pega e posicionamento.

Este episódio reforçou a importância da sensibilidade cultural e da adaptação das intervenções de enfermagem às especificidades de cada família, garantindo cuidados humanizados e culturalmente competentes (McFarland & Wehbe-Alamah, 2005).

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nestes contextos, exige mais do que competências técnicas e domínio científico: requer uma consciência crítica permanente sobre os problemas emergentes da sua área de especialização, bem como a capacidade de prestação de cuidados culturalmente sensíveis. Esta prática integra não apenas a aplicação de conhecimentos e a utilização de tecnologias avançadas, mas também a capacidade de criar pontes com a criança e a família, reconhecendo que o cuidado de enfermagem pediátrico é, acima de tudo, um encontro entre ciência e humanidade.

Objetivos delineados:

- ♣ Desenvolver competências de promoção da vinculação e da ligação mãe/pai-filho
- ♣ Dotar os pais de conhecimentos e capacidades para desempenhar o papel parental, promovendo a sua autonomia e autoeficácia
- ♣ Desenvolver uma atividade direcionada aos pais, no contexto da temática do sono e repouso do RN

Atividades planeadas:

- ♣ Apoiar a transição para a parentalidade e o seu desempenho
- ♣ Facilitar a adaptação à parentalidade
- ♣ Facilitar a vinculação
- ♣ Incentivar a prática do método canguru
- ♣ Estimular o aleitamento materno
- ♣ Realizar um cartaz informativo dirigido a pais da UCIN

Reflexão crítica:

Estes objetivos, embora igualmente trabalhados no contexto do SIMCP e do SUPP, tiveram maior oportunidade de desenvolvimento na UCIN, pela própria natureza da assistência neste âmbito, marcado pelo início de vida e pelos múltiplos desafios na parentalidade e não só.

A parentalidade é vulgarmente considerado um dos papéis da vida mais significativos e transformadores da vida adulta, frequentemente antecedida por expectativas, sonhos e idealizações sobre “como será” ser mãe ou pai. Desde a gestação — ou mesmo antes dela — constrói-se uma narrativa interna sobre o filho que virá, a relação que se deseja estabelecer, o papel que cada um ocupará e a vida familiar que se espera viver. Estas representações, moldadas por experiências prévias, valores culturais e dinâmicas familiares, criam um “guia interno” que orienta as primeiras interações com a criança. No entanto, a realidade da parentalidade nem sempre se sobrepõe ao imaginado: o nascimento pode ocorrer em circunstâncias inesperadas, a saúde da criança ou da mãe podem requerer cuidados especializados, ou a adaptação aos novos papéis pode ser atravessada por incertezas e desafios. É neste espaço — entre a expectativa e a experiência real — que o apoio especializado assume especial relevância, ajudando a transformar dificuldades em oportunidades de crescimento e reforçando o vínculo numa etapa decisiva para o desenvolvimento infantil e para a coesão familiar.

A transição para a parentalidade é um processo desenvolvimental complexo, marcado por mudanças identitárias, redefinição de papéis e reorganização familiar. À luz da Teoria das Transições de Meleis, trata-se de uma passagem dinâmica, com marcos, pontos de viragem e resultados que dependem da interação entre pessoa, contexto e cuidados recebidos (Meleis, 2010). Quando a parentalidade emerge em contexto de doença ou hospitalização — como sucede na UCIN, nos internamentos pediátricos ou no SUPP — a vulnerabilidade aumenta e a vinculação pais-filho pode ser ameaçada por separações precoces, ambientes estranhos, procedimentos invasivos e incerteza quanto ao futuro (Antão et al., 2018; Hockenberry & Wilson, 2014). Nestes cenários, o EEESIP é chamado a exercer um cuidado tecnicamente competente, mas também profundamente relacional, capaz de sustentar a transição dupla (para a parentalidade e saúde-doença), proteger o vínculo e capacitar a família.

Na UCIN, a parentalidade e a vinculação são frequentemente inauguradas entre alarmes e dispositivos, num tempo que não é o do calendário gestacional, mas o da urgência clínica. Na prática, privilegiei a presença parental precoce e significativa, promovendo o método canguru (pele a pele) de forma estruturada — alternando mãe e pai em dias sucessivos —, com preparação ambiental e vigilância clínica, por reconhecer os seus benefícios: estabilidade cardiorrespiratória e térmica, melhor organização do sono, apoio à produção de leite e fortalecimento do vínculo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIN a amamentação pode ser um elo vital entre pais e bebé, muito para além da nutrição. Mesmo quando a amamentação direta não era possível, procurava sempre envolver os pais na extração de leite, ensinando-lhes cada passo — desde a técnica até à forma de conservar — para que sentissem um propósito e que aquele leite era um pedaço da mãe a chegar ao filho. Sempre que a situação clínica o permitia, fazia questão de que essa alimentação acontecesse com o bebé ao colo da mãe ou do pai, ou que fosse um dos pais a segurar a seringa para administração de leite por gavagem, num momento de proximidade em que se juntavam alimento, calor, cheiro e voz. Era um gesto simples, mas carregado de significado: os pais deixavam de estar apenas “a ver” e passavam a “fazer parte” do cuidado, um aspeto basilar para a vinculação e para a ligação mãe/pai-filho.

Na amamentação refiro-me sempre aos pais, como um duo, e não é por acaso. Sempre incluí o pai nesta zona da parentalidade, não como mero apoio logístico, mas como protagonista. Incentivava-o a segurar o bebé após a alimentação, a falar-lhe

baixinho, a fazer contacto pele-a-pele, a providenciar os materiais necessários para a mãe realizar extração de leite, a identificar esse mesmo leite extraído para depois o conservar, entre muitas outras tarefas e presenças ligadas à amamentação, em que o pai não é ajuda, mas é parte essencial. Muitas vezes, era no rosto do pai que via um misto de orgulho e alívio por finalmente poder participar de forma concreta nos cuidados, reforçando o seu lugar naquela tríade.

Ao mesmo tempo transmiti às famílias que a amamentação é apenas um dos caminhos para o vínculo, e não o único. Por vezes, devido à instabilidade clínica do bebé ou por decisão materna, era necessário encontrar outras formas de ligação: o aleitamento por tetina, o método canguru, o toque suave na cabeça ou nas mãos, a estimulação perioral, a simples presença silenciosa junto à incubadora, o respeito pelos momentos de sono. Pequenos gestos que, somados, constroem a confiança mútua e reforçam o sentimento de pertença.

Nesses momentos, mais do que seguir protocolos, sentia que estava a ajudar a família a escrever a sua própria história de vinculação, com o bebé como protagonista e com um amor que, mesmo cercado por fios e monitores, encontrava sempre um caminho.

A cada interação, tornei explícitas as competências do RN — os “pequenos sinais” de prontidão, a fadiga e o conforto — para fortalecer a autoeficácia parental e apoiar uma transição mais segura (Meleis, 2010).

Durante o estágio na UCIN, identifiquei a importância de envolver os pais na proteção do sono e descanso do RN internado, não só como parte dos cuidados centrados no desenvolvimento, mas também como estratégia para fortalecer a sua participação ativa e informada. Com esse objetivo, elaborei um cartaz, que foi afixado na sala de descanso dos pais — um espaço de passagem frequente — com orientações simples e visuais sobre estratégias de promoção do sono do RN. O cartaz, que se encontra em Apêndice I a este relatório, explicava a relevância de minimizar manipulações desnecessárias, evitar ruídos e luz excessiva, agrupar procedimentos e respeitar os ciclos de sono-vigília, ajudando os pais a compreender a atuação da equipa de saúde e a assumir um papel de “guardiões” do ambiente do seu bebé. Ao permitir que os pais participassem ativamente na criação de um ambiente seguro e tranquilo, esta intervenção contribuiu para reforçar o sentimento de competência parental e para criar momentos de cuidado partilhado, favorecendo a vinculação mesmo num contexto tecnologicamente denso e emocionalmente desafiante.

No SUPP e no SIMCP, embora o meu papel como EEESIP se aproximasse mais de uma função de supervisão e mediação, a parentalidade foi constantemente incentivada e

valorizada. Mesmo em contextos de elevada rotatividade e pressão assistencial, manteve uma atenção redobrada à transição saúde–doença, pois este é um momento particularmente sensível para a criança e a família.

À luz da Teoria das Transições de Meleis, a transição saúde–doença configura-se como um processo dinâmico que envolve mudanças profundas na identidade, nas rotinas e no papel social da pessoa e da família, exigindo adaptação física, emocional e relacional (Meleis, 2010). No caso pediátrico, esta transição é vivida não apenas pela criança, mas também pelos pais, que são transportados para um papel parental complexo, vivido em meio hospitalar.

Na urgência, o tempo é curto, mas o impacto é profundo. Os pais, ainda que muitas vezes fragilizados pela ansiedade e pelo medo, são os guardiões do bem-estar da criança: conhecem o seu temperamento, as suas reações habituais, os sinais subtis de desconforto ou dor. Sempre que possível, procurei integrar os pais no processo de avaliação e cuidados, quer na triagem — onde um olhar ou uma palavra deles podia esclarecer um sintoma —, quer durante procedimentos, incentivando a sua presença ativa para proporcionar segurança à criança.

Assim, no SUPP e no SIMCP, assumi o papel de “terceiro elemento” — não como observador distante, mas como presença vigilante, atenta ao risco de fragilidade vincular que pode emergir em situações de urgência ou hospitalização. Esta vigilância não se limitou à dimensão clínica; incluiu também o apoio emocional, o reforço da autoeficácia parental e a criação de oportunidades para interações positivas, mesmo em ambientes adversos. Pois, tal como defendem Hopia et al., 2005, a qualidade da relação pais–filho durante a hospitalização é determinante para a adaptação e recuperação da criança, sendo o papel do enfermeiro fundamental para a proteger e promover.

Objetivos delineados:

- ♣ Fomentar a parceria de cuidados através da promoção da participação ativa dos pais na prestação dos cuidados ao RN em situação crítica, à criança e ao jovem

Atividades planeadas:

- ♣ Prestar cuidados centrados na família e segundo o Modelo de Parceria de Cuidados
- ♣ Incentivar os pais ao cuidado e à presença, valorizando a negociação nos cuidados
- ♣ Ensinar, instruir, treinar e supervisionar os pais no cuidado ao seu filho

Reflexão crítica:

A família é reconhecida como elemento estruturante na saúde e bem-estar da criança, assumindo um papel insubstituível na sua proteção, desenvolvimento e construção da sua identidade. Nos cuidados pediátricos, torna-se impossível dissociar a criança da sua família, uma vez que esta constitui o seu principal suporte afetivo, relacional e social. Neste sentido, a enfermagem pediátrica evoluiu para uma prática que coloca o binómio criança-família no centro do processo de cuidar, sustentada no modelo dos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados.

O conceito de cuidados centrados na família constitui uma abordagem que promove uma verdadeira parceria entre a família e os profissionais de saúde na tomada de decisões relativas ao processo de cuidar. Esta perspetiva, atualmente reconhecida a nível internacional como referência, valoriza a família como elemento essencial para a segurança, a qualidade e a humanização dos cuidados de saúde. Resultante de um consenso estabelecido entre diversas entidades, entre as quais a *American Academy of Pediatrics*, o *Institute for Patient- and Family-Centered Care*, o *Family Voices* e o *Maternal and Child Health Bureau*, foram definidos princípios orientadores que sustentam este modelo. Entre eles destacam-se: a partilha de informação, garantindo uma comunicação transparente, objetiva e acessível; o respeito pelas diferenças, que valoriza a diversidade cultural, os valores e as tradições familiares; a parceria e colaboração, que convida os pais a participar ativamente nos cuidados e nas decisões em função do seu desejo e capacidade; a negociação, assegurando planos de cuidados flexíveis e adaptáveis às necessidades em mudança; e a prestação de cuidados no contexto da família e da comunidade, reconhecendo que a saúde da criança não pode ser dissociada do seu ambiente familiar, escolar e social. A literatura evidencia que a aplicação destes princípios se associa a elevados níveis de satisfação das famílias e a melhores resultados em saúde, configurando-se, assim, como uma prática de excelência em enfermagem pediátrica (Kuo et al., 2012).

Foi neste enquadramento que Anne Casey, em 1988, desenvolveu o Modelo de Parceria de Cuidados, que rapidamente se tornou uma referência internacional em enfermagem pediátrica. Este modelo assenta na ideia de que a proteção, o estímulo e o amor oferecidos pelos pais são determinantes para o crescimento e desenvolvimento da criança, mesmo em contexto de hospitalização. Ao enfermeiro cabe o papel de facilitar, capacitar e negociar cuidados, partilhando saberes técnicos e científicos, ao mesmo tempo que reconhece e valoriza a experiência única dos pais (Farrell, 1992; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Neste sentido, a parceria de cuidados deve ser entendida como uma colaboração equitativa entre enfermeiros, criança e família, em que os papéis são complementares: os profissionais asseguram os cuidados especializados de saúde, e os pais garantem a continuidade do papel parental desenvolvimental, do afeto, da segurança e da identidade familiar. Assim, este modelo não só contribui para a qualidade e humanização da assistência, como também fortalece a vinculação, elemento essencial para uma transição saudável em processos críticos de saúde-doença.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, pude constatar que este modelo não é apenas um referencial teórico, mas uma realidade que orienta as práticas quotidianas.

Na UCIN, a hospitalização precoce separa muitas vezes o RN da sua família e coloca os pais perante um ambiente tecnologicamente intenso e intimidante. Muitos sentem-se inseguros e inibidos para tocar ou cuidar do seu filho, mesmo em aspetos básicos como trocar a fralda ou pegar no bebé, quando tal é possível. Como EEESIP em formação, procurei desmistificar o medo atribuído aos dispositivos médicos, incentivando os pais a aproximarem-se gradualmente. Negocie e partilhei os cuidados, capacitando-os para gestos como a troca de fralda, a administração de leite por sonda ou tetina, a contenção e o método canguru. A participação dos pais nos cuidados era adaptada a cada situação, variando de acordo com a situação clínica do bebé, preferências e opções dos pais, sendo sempre um processo muito individual e personalizado a cada situação.

Este cuidado era sempre estendido a todo o núcleo familiar, não esquecendo os irmãos mais velhos. Apesar das crianças não terem autorização para visitar, não eram esquecidas. Frequentemente, desenhei e pintei “Diploma de irmão mais velho”, oferecendo a oportunidade do sentimento de inclusão aos irmãos, que na sua maioria não tinham oportunidade de conhecer o RN até à sua alta para o domicílio. Era também dada a oportunidade aos irmãos de enviarem cartas e/ou desenhos elaborados por eles, sendo os mesmos colocados em lugar de destaque na unidade do RN, altura em que os pais poderiam fazer um registo fotográfico para em casa mostrarem ao seu filho mais velho, o que frequentemente despertava emoções e sentimentos de pertença e família (feedback dado pelos pais). Estas práticas, aparentemente simples, revelaram-se fundamentais para fortalecer a vinculação, tranquilizar a perceção dos pais perante o internamento e para vincular a relação destes com a equipa de saúde (Fernandes & Silva, 2015).

No internamento pediátrico, a presença contínua dos pais transforma-os em verdadeiros parceiros e supervisores dos cuidados, sobretudo nas situações de doença crónica, em que assumem um papel parental especial, caracterizado pela adaptação às

exigências do contexto hospitalar e pela partilha de responsabilidades no cuidar. Nesta parceria, destaca-se não só a execução de cuidados, mas também a manutenção de rotinas familiares significativas, como a escola, o brincar e os rituais do quotidiano, essenciais para a continuidade do desenvolvimento e para o bem-estar da criança. Os pais são, muitas vezes, quem melhor conhece a criança, e esse conhecimento foi para mim uma ferramenta essencial na adaptação das intervenções. Em momentos de dor ou recusa alimentar, recorri à informação fornecida pelos pais sobre as preferências da criança para ajustar estratégias, demonstrando como a expertise parental complementa o saber profissional e se traduz em melhores resultados terapêuticos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Com o intuito de tornar a hospitalização da criança uma experiência menos traumática, procurei sempre estabelecer uma relação empática, colaborativa e de respeito com os pais. A evidência demonstra que os pais valorizam as interações em que o enfermeiro se esforça por conhecer e compreender a criança e a sua família, respeitando os seus ideais, valores e preferências, bem como a sensibilidade demonstrada na adaptação dos cuidados às circunstâncias da vida real e ao potencial do binómio criança/família (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido, procurei salvaguardar sempre que possível as escolhas parentais, compreendendo os seus motivos e respeitando-os, promovendo dignidade, respeito e flexibilidade. Estes elementos fomentam uma atmosfera de respeito mútuo, comunicação aberta, negociação e colaboração, que contribuem para a diminuição do stress e melhoria dos resultados em saúde.

Ao longo do estágio, promovi ativamente o envolvimento dos pais tanto na prestação de cuidados como na tomada de decisão clínica, recorrendo sempre a um processo de negociação e partilha. A participação parental foi ajustada às necessidades da criança e às condições de cada família, sendo entendida como um processo voluntário e dinâmico. Os cuidados especializados de enfermagem que prestei constituíram-se como complemento ao cuidado familiar, nunca como substituição do papel parental. Sempre que os pais demonstraram interesse em assumir cuidados mais específicos, disponibilizei momentos de ensino, treino e supervisão, criando oportunidades para o desenvolvimento de competências e fortalecendo a sua autoconfiança, autoestima e autonomia. Foi o caso de um lactente de 6 meses que necessitou de traqueostomia por complicações de uma bronquiolite e, para ser possível a sua alta para o domicílio, a mãe necessitava de ser autónoma no procedimento de aspiração de secreções por traqueostomia, sabendo identificar sinais de alarme e garantir segurança em situações inesperadas.

Considero que o papel do enfermeiro especialista passa por capacitar os pais, de forma a que estes adquiram não apenas o conhecimento e as habilidades, mas também segurança para assumir o controlo progressivo do cuidado ao seu filho.

Nos contextos de internamento mais prolongado ou perante condições clínicas complexas, esta negociação assumiu uma importância ainda maior. Nestes casos, reconheci que o cansaço e a sobrecarga emocional dos pais podiam comprometer a sua disponibilidade para participar nos cuidados. Assim, procurei adotar uma postura sensível e flexível, questionando sempre os pais sobre o seu desejo em participar ou não em determinados momentos. Incentivei também a partilha da presença no hospital com outros elementos da família, de modo a evitar a exaustão de um único cuidador e permitir que os pais se mantivessem envolvidos, mas ao mesmo tempo apoiados. Esta estratégia revelou-se importante para reforçar a resiliência familiar e garantir a continuidade de uma parentalidade ativa e saudável mesmo em contextos de elevada complexidade clínica.

No SUPP, o carácter imediato e crítico do contexto coloca desafios à negociação e à implementação plena da parceria. Contudo, procurei criar espaço para que os pais participassem, ainda que em decisões rápidas. Negocie pequenas intervenções, como a administração de um medicamento oral ou a aplicação de estratégias de conforto, sempre respeitando o desejo e a disponibilidade dos pais e da criança. Mesmo em situações de emergência, mantive a preocupação de informar e envolver os pais assim que considerado ser clinicamente seguro, explicando procedimentos realizados e próximos passos. Desta forma, mesmo em cenários de maior tensão, foi possível sustentar a confiança e incluir os pais como guardiões da criança.

No contexto da urgência e internamento, procurei também dedicar uma atenção especial aos jovens/adolescentes, reconhecendo que, ao contrário das crianças mais pequenas — cuja principal figura de referência e segurança é, em regra, os pais —, nesta faixa etária essa relação nem sempre se manifesta de forma imediata ou assumida. Assim, tive o cuidado de questionar diretamente cada jovem sobre a sua vontade em ter a presença dos pais, bem como o nível de envolvimento que desejava que estes tivessem nos seus cuidados. Este gesto simples, de lhes conceder voz e autonomia na decisão, constituiu também um importante momento de promoção da sua participação ativa no processo terapêutico.

Foi, por isso, com genuíno sentimento de “coração aquecido” que constatei que todos os jovens com quem dialoguei expressaram o desejo de ter a mãe ou o pai presente, sendo muitas vezes visível o efeito tranquilizador e protetor que esta presença lhes

proporcionava. A adolescência é um período de transição marcado pela procura de autonomia, mas também pela necessidade de segurança e pertença, em que o suporte parental continua a ser um fator de proteção crucial, especialmente em situações de doença ou hospitalização (Lerner & Steinberg, 2004; Suris et al., 2004). Estudos demonstram que, nestes contextos, a presença parental está associada a uma redução da ansiedade, melhoria da colaboração nos cuidados e maior satisfação com a experiência hospitalar (Coyne, 2006).

Em suma, o modelo de cuidados centrados na família e a filosofia da parceria de cuidados constituíram eixos orientadores transversais a todos os contextos de estágio. A prática mostrou-me que, quando o enfermeiro reconhece os pais como parceiros legítimos e os capacita para o desempenho do seu papel, o resultado não se traduz apenas em cuidados mais eficazes, mas também em experiências de parentalidade mais seguras, confiantes e gratificantes.

4.2 COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO

A gestão em saúde constitui uma dimensão essencial para a qualidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados, assumindo-se como um processo que envolve a planificação, organização, liderança e avaliação dos recursos, tendo como finalidade responder de forma eficaz e eficiente às necessidades em saúde da população (Chiavenato, 2004).

No campo da enfermagem, a gestão transcende a visão meramente administrativa, assumindo-se como uma competência intrínseca à prática profissional, na medida em que a prestação de cuidados implica a coordenação de pessoas, processos, recursos materiais e contextos institucionais (Marquis & Huston, 2017).

Desde Florence Nightingale, considerada precursora da enfermagem moderna, a gestão tem sido encarada como parte integrante do cuidar, quando esta organizava os serviços de saúde e delineava estratégias para reduzir a mortalidade hospitalar, demonstrando que a boa gestão dos recursos humanos e ambientais era inseparável da qualidade assistencial (Dossey, 2000). Assim, a gestão em enfermagem não pode ser dissociada da prática clínica, pois é através dela que se assegura a continuidade, a segurança e a individualização dos cuidados.

No contexto atual, o EEESIP é chamado a integrar competências de gestão clínica e de cuidados, articulando o conhecimento científico com a liderança de processos que garantam a qualidade assistencial, a capacitação das famílias e a eficiência dos serviços (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O contributo do mestrado neste domínio revela-se inestimável, na medida em que proporciona o desenvolvimento de competências avançadas em gestão de cuidados, sustentadas em evidência científica e em referenciais teóricos. Ao longo do percurso académico, o estudante é confrontado com a necessidade de integrar teoria e prática, exercitando capacidades de planeamento estratégico, tomada de decisão e avaliação da qualidade dos cuidados, sempre com foco na criança e família como unidade de atenção (Lourenção & Benito, 2010).

Deste modo, a gestão em enfermagem em saúde infantil e pediátrica assume-se não apenas como um exercício técnico, mas também como um compromisso ético e humano, que implica criar condições para que a criança, o jovem e a sua família recebam cuidados seguros, adequados e centrados nas suas necessidades.

Competências desenvolvidas:

- ◆ Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização
- ◆ Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização

Objetivo delineado:

- ♠ Acompanhar a dinâmica e desafios da gestão dos diferentes recursos do contexto

Atividades planeadas:

- ♣ Observar os diferentes métodos de trabalho em cada contexto
- ♣ Refletir sobre modelos e estratégias de gestão de cuidados nos diferentes contextos
- ♣ Conhecer a gestão dos recursos humanos e recursos materiais

Reflexão crítica:

A gestão de cuidados em enfermagem constitui um domínio central da prática profissional, particularmente relevante na saúde infantil e pediátrica, onde a complexidade clínica e emocional exige uma organização rigorosa, tomada de decisão fundamentada e liderança efetiva. Gerir cuidados implica articular recursos humanos, materiais e técnicos de forma eficiente, garantindo qualidade, segurança e continuidade, mas também significa colocar a criança e a família no centro do processo, como beneficiários e parceiros de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015c; Parreira et al., 2023). O EEESIP desempenha, assim, um papel decisivo, aliando a governação clínica à gestão quotidiana dos serviços, contribuindo para a melhoria da qualidade, inovação e desenvolvimento profissional das equipas.

Em cada contexto de estágio procurei, desde o início, compreender os métodos de trabalho implementados pela equipa e a forma como estes eram geridos no quotidiano. O facto de os meus tutores serem enfermeiros responsáveis de turno, permitiu-me observar mais de perto esse processo de gestão e acompanhar de forma privilegiada a sua dinamização.

Um método de trabalho pode ser entendido como a forma de organização da equipa na prestação de cuidados, sendo a sua escolha determinante para a qualidade assistencial e, conseqüentemente, para a segurança da criança e da família (Ventura, 2024). De acordo com estes autores, os métodos podem agrupar-se em dois grandes modelos: os orientados para a tarefa (funcional) e os orientados para o cliente (individual, trabalho em equipa e enfermeiro de referência).

No primeiro grupo, destaca-se o método funcional, também designado por método à tarefa, que consiste na divisão do trabalho em tarefas específicas atribuídas a diferentes profissionais, o que favorece a eficiência, mas pode comprometer a continuidade e a personalização do cuidado. Já entre os métodos centrados no cliente, o método individual pressupõe que um enfermeiro seja responsável pela totalidade dos cuidados prestados ao utente durante o turno, garantindo uma abordagem global e centrada nas suas necessidades. O método de trabalho em equipa organiza os enfermeiros em pequenos grupos, liderados por um enfermeiro coordenador, de forma a rentabilizar as competências de cada elemento e assegurar cuidados integrais. Por sua vez, o método do enfermeiro de referência atribui a um enfermeiro a responsabilidade pela planificação, administração e coordenação dos cuidados de um ou mais clientes ao longo de todo o internamento, promovendo continuidade, vinculação e corresponsabilização no processo de cuidar (Parreira et al., 2023; Ventura, 2024).

Na UCIN, o método de trabalho predominante é o individual, sendo cada enfermeiro responsável pela totalidade dos cuidados prestados a um ou dois recém-nascidos ao longo do turno. Este modelo assegura a continuidade e a personalização dos cuidados, permitindo um acompanhamento próximo e sistemático das respostas do recém-nascido e da sua família. A literatura realça que a atribuição individualizada favorece a construção de uma relação terapêutica consistente, essencial em contextos de elevada complexidade clínica, promovendo simultaneamente a segurança e a qualidade assistencial (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

Contudo, a natureza exigente da UCIN implica que a prestação de cuidados não se esgote na responsabilidade individual: apesar da clara definição de doentes por enfermeiro, existe uma forte cultura de cooperação e entreaajuda, particularmente evidente em situações críticas ou emergentes, nas quais toda a equipa se mobiliza de forma coordenada. Esta articulação interprofissional, apoiada por uma comunicação estruturada e eficaz, é considerada um fator protetor da segurança do doente e um indicador de maturidade organizacional (Xyrichis & Rose, 2024).

De acordo com Tubbs-Cooley et al., 2025, o equilíbrio entre a carga assistencial e a complexidade clínica é determinante para prevenir omissões de cuidados e preservar a qualidade dos mesmos, pelo que a adoção do método individual deve ser acompanhada de ajustes dinâmicos e supervisão contínua. Assim, na UCIN, o método individual é entendido não como uma prática isolada, mas como parte de uma estrutura colaborativa,

em que a interdependência e o trabalho em equipa se assumem como elementos centrais da filosofia de cuidados.

No SIMCP, o método de trabalho é igualmente individual, com a atribuição de crianças/jovens a cada enfermeiro, permitindo um acompanhamento sistemático das suas necessidades e da evolução clínica. A distribuição dos doentes é realizada pelo enfermeiro responsável de turno, obrigatoriamente um EEESIP, que pondera a complexidade clínica, o grau de dependência e as necessidades da família, garantindo uma equidade na carga assistencial e um planeamento eficaz dos cuidados. Este modelo favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica contínua, a implementação de cuidados centrados na família e a tomada de decisão partilhada, promovendo a qualidade e a humanização dos cuidados (G. T. R. da Silva et al., 2021).

Já no SUPP, observa-se uma conjugação de métodos organizativos, resultante da própria natureza dinâmica e imprevisível do contexto. Por um lado, a distribuição dos profissionais por áreas funcionais sob a coordenação do enfermeiro responsável de turno, traduz uma organização em equipa, com funções diferenciadas e complementares. Por outro lado, a atribuição de determinadas intervenções específicas a cada enfermeiro, reflete traços do método funcional, orientado para a eficiência e resposta imediata (G. T. R. da Silva et al., 2021). A elevada rotatividade de utentes, a necessidade de resposta célere e a variabilidade de situações clínicas implicam, por vezes, uma mobilização dos enfermeiros, quer para substituições temporárias, quer para apoio em áreas de maior pressão assistencial ou transportes inter-hospitalares. Este modelo híbrido exige coordenação eficaz, comunicação estruturada e elevada capacidade de adaptação, competências reconhecidas como essenciais ao desempenho seguro em ambientes de urgência (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É visível que cada contexto apresenta modelos organizacionais distintos, ajustados à sua natureza assistencial e ao perfil do doente específico. Contudo, todos partilham a mesma finalidade: garantir cuidados seguros, individualizados e baseados na evidência, sustentados pela colaboração entre profissionais e pela liderança do enfermeiro especialista.

Em todos os contextos, a gestão de cuidados foi sempre discutida e articulada com a criança e família, com a equipa e tendo em conta as condições clínicas e os sinais de prontidão. Um exemplo marcante ocorreu num dos poucos turnos em que estive na sala de cuidados intermédios, onde fiquei responsável por um recém-nascido prematuro em processo de aquisição de competências alimentares. Por ainda não ter capacidade de se

alimentar na totalidade por via oral, este encontrava-se com sonda nasogástrica para suplementação. Nesse turno, sugeri à equipa a possibilidade de ajustar o plano alimentar e envolvi os pais na negociação e definição de expectativas. Visto tratar-se de um bebé com dificuldades na adaptação à tetina, mas com excelente adaptação ao seio materno, decidiu-se que as refeições passariam a ser sempre iniciadas com a amamentação direta, aproveitando os sinais de boa pega, sendo o suplemento administrado por gavagem em simultâneo, de forma a associar a experiência da sucção ao seio à sensação de saciedade. A literatura evidencia que esta estratégia promove uma transição mais eficaz e rápida para a alimentação exclusiva por via oral, favorecendo a autorregulação e a estabilidade clínica (Neto et al., 2025; White & Parnell, 2013). Nos momentos em que a mãe não se encontrava presente na unidade, pedi colaboração os pais no sentido de trazerem biberões com tetinas mais semelhantes ao formato do seio materno, uma vez que o bebé revelava alguma dificuldade de adaptação ao modelo disponível no serviço, de base mais estreita. O plano foi seguido nos dias subsequentes e, cerca de nove dias depois, tive conhecimento de que o bebé teve alta a alimentar-se exclusivamente por via oral, maioritariamente através do seio materno.

A gestão de recursos humanos foi igualmente notória. Nos vários contextos, cada turno tinha um enfermeiro responsável (especialista) que assegurava a coordenação das equipas, a distribuição de doentes e a resolução de imprevistos. Presenciei inúmeras vezes colegas recorrerem a esse enfermeiro responsável de turno para validar decisões clínicas, clarificar condutas ou mesmo apoiar na resolução de conflitos, o que demonstra a autoridade técnica e relacional que o especialista assume nestes serviços. Na ausência do enfermeiro gestor do SIMCP, é o EEESIP quem assume a responsabilidade de elaborar os planos de trabalho. Por sua vez, no SUPP e na UCIN essa é uma responsabilidade inerente à função de enfermeiro responsável de turno. Procurei compreender quais os critérios que orientavam essa distribuição, tendo-me sido explicado que eram considerados diversos aspetos, como o grau de dependência da criança, a necessidade de medidas de isolamento, as competências pessoais e profissionais de cada enfermeiro, bem como eventuais limitações identificadas na equipa. Este exemplo evidencia que o enfermeiro especialista necessita de manter uma relação próxima e colaborativa com todos os elementos da equipa, garantindo a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Estas ações de gestão, aparentemente operacionais, são estratégias de prevenção do risco e de garantia de prontidão, diretamente relacionadas com qualidade e segurança (Parreira et al., 2023). Em paralelo, a comunicação estruturada nas passagens

de turno funcionou como mecanismo de controlo de qualidade: validação de cuidados críticos, clarificação de prioridades e alinhamento interdisciplinar, com o EEESIP a assegurar completude e rastreabilidade do registo.

A gestão de recursos materiais, por sua vez, era assegurada de forma partilhada. Diariamente, era imprescindível assegurar a supervisão da reposição de stocks de material nos diferentes pontos dos serviços, responsabilidade atribuída ao enfermeiro responsável de turno. A este competia igualmente a gestão e o controlo dos pedidos de reparação e manutenção dos diversos equipamentos, garantindo o seu correto funcionamento e a continuidade dos cuidados em condições de segurança e qualidade, reconhecendo que a segurança dos cuidados depende também da fiabilidade logística e técnica.

Este papel coordenador confere ao enfermeiro especialista um lugar de liderança na equipa multidisciplinar, para a resolução de constrangimentos, articulação de cuidados e tomada de decisões estratégicas. Assim, o EEESIP afirma-se como gestor de proximidade, orientado para a eficiência, a segurança e a humanização dos cuidados, contribuindo para a melhoria contínua das práticas assistenciais e para a sustentabilidade organizacional dos serviços.

Competências desenvolvidas:

- ◆ Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização
- ◆ Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização
- ◆ Colaborar no processo de integração de novos profissionais

Objetivo delineado:

- ♠ Desenvolver competências que contribuam para a gestão de cuidados e tomada de decisão no exercício profissional autónomo do EEESIP

Atividades planeadas:

- ♣ Acompanhar o enfermeiro gestor no exercício das suas funções
- ♣ Refletir de forma crítica sobre os estilos de liderança adotados pelos enfermeiros gestores
- ♣ Acompanhar a integração de novos profissionais
- ♣ Acompanhar o enfermeiro tutor responsável de turno na supervisão de cuidados

Reflexão crítica:

A liderança em enfermagem constitui um eixo estruturante para a criação de ambientes de trabalho saudáveis, estando diretamente relacionada com a satisfação dos

profissionais e, por consequência, com a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem (Oliveira & Rodrigues, 2017).

Na literatura são tradicionalmente descritos três estilos clássicos de liderança: o autocrático, no qual a tomada de decisão está centrada no líder e a participação da equipa é reduzida; o *laissez-faire*, caracterizado por uma liderança pouco presente e diretivas frágeis, deixando ampla autonomia aos profissionais; e o democrático ou participativo, em que se privilegia a comunicação assertiva, a delegação de responsabilidades e a colaboração na definição de estratégias (Oliveira & Rodrigues, 2017). Mais recentemente, o modelo transformacional tem ganho particular relevância, distinguindo-se pela capacidade do líder em envolver a equipa através da valorização das emoções, do reconhecimento das competências individuais e da construção de relações de confiança, estimulando assim a corresponsabilização no processo de tomada de decisão e o alinhamento com os objetivos organizacionais (Oliveira et al., 2021).

Na UCIN, predominaram estilos democrático e transformacional: o enfermeiro especialista validava decisões com a equipa, discutia planos de cuidados individualizados (como estratégias para promover o sono ou planos de alimentação do recém-nascido) e explicava o racional clínico aos pais, envolvendo-os no processo. Esta abordagem não só fortalecia a qualidade dos cuidados como também fomentava a confiança e a capacitação parental. O serviço promovia regularmente reuniões com os enfermeiros responsáveis de equipa, onde eram discutidas oportunidades de melhoria, gestão de cuidados e do serviço e delineavam-se planos de implementação.

No SUPP, o contexto crítico e dinâmico da sala de emergência exigia, em determinados momentos, uma liderança mais autocrática, em que o enfermeiro responsável de turno assumia decisões rápidas e centralizadas — como a distribuição de tarefas imediatas durante a estabilização de uma criança em situação aguda. No entanto, fora destas situações agudas, prevalecia um estilo democrático, observável na negociação com a equipa sobre a melhor forma de gerir recursos ou na partilha de decisões clínicas de menor urgência.

Já no SIMCP, o estilo de liderança mais evidente foi o transformacional, uma vez que se tratava de um internamento de média/longa duração, onde se exige coordenação de equipas multidisciplinares, gestão de recursos e resposta a situações complexas. Neste serviço, a passagem de turno da manhã, em que o enfermeiro gestor estava presente, era regularmente utilizada para promover a discussão de assuntos de gestão de cuidados e oportunidades de desenvolvimento da equipa.

De forma transversal, constatei que o EEESIP era frequentemente procurado pelos colegas para validar decisões, esclarecer dúvidas clínicas ou apoiar em procedimentos mais complexos, o que reforça a sua posição de referência técnica e relacional.

Do ponto de vista crítico, considero que nenhum estilo de liderança deve ser visto como absoluto, sendo possível articular-se diversos estilos de liderança, de forma flexível e ponderada, em função das características do contexto, da equipa e das necessidades específicas dos cuidados prestados. A prática em saúde infantil e pediátrica exige flexibilidade: em contextos de urgência e instabilidade clínica, a liderança autocrática é necessária para garantir rapidez e segurança na intervenção; já em internamentos prolongados, onde o desgaste emocional é significativo, uma liderança transformacional permite manter a equipa motivada e coesa; por sua vez, a liderança democrática é essencial no dia a dia dos cuidados, garantindo que todos os elementos da equipa se sentem parte ativa na construção de soluções. Assim, acredito que o estilo transformacional, pela sua capacidade de inspirar, motivar e valorizar os profissionais, é o que melhor se adequa à prática em pediatria, devendo, no entanto, ser complementado pelos outros estilos consoante a complexidade e a urgência da situação.

Outro eixo estruturante no domínio da gestão em enfermagem é a Supervisão Clínica (SC), definida pela Ordem dos Enfermeiros como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal” orientado para a estruturação da aprendizagem, o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas e a promoção da autonomia, da segurança e da qualidade dos cuidados. Para além de apoiar a aquisição de saberes e a tomada de decisão, a SC constitui também uma ferramenta estratégica de gestão da qualidade, favorecendo práticas baseadas na evidência e a criação de ambientes clínicos mais seguros e eficazes (Regulamento n.º 366/2018, 2018).

Durante o meu percurso de estágio, observei de forma consistente o papel do EEESIP enquanto dinamizador deste processo, tanto na integração de novos profissionais como no acompanhamento de estudantes em formação. Este papel concretizou-se através da criação de espaços de partilha e reflexão, da demonstração prática de procedimentos e da supervisão gradual das intervenções, sempre numa lógica de progressiva autonomização. No meu caso particular, enquanto supervisada, experienciei diretamente a relevância deste processo: os meus orientadores demonstraram uma supervisão estruturada e ajustada ao meu ritmo de aprendizagem, que conciliava confiança, incentivo e análise crítica. Esta abordagem, baseada em evidência científica, permitiu-me

desenvolver competências clínicas e de gestão que sustentaram a transição para responsabilidades acrescidas e a assunção progressiva de maior autonomia no cuidar.

O domínio da SC revelou-se também como uma área privilegiada de crescimento pessoal e profissional. Acompanhei os meus orientadores no processo de reintegração de profissionais após ausências prolongadas, compreendendo que a SC se ancora em partilha, reflexão, validação e suporte, mas que tem igualmente como objetivo fomentar autonomia, autoconfiança e pensamento crítico. Paralelamente, compreendi que a SC tem impacto direto nos resultados em saúde: ao promover consistência de práticas, reduzir variabilidade e facilitar a comunicação dentro das equipas, reforça a qualidade e a segurança dos cuidados, favorecendo tanto os profissionais como as crianças e famílias que acompanhamos (Brás Baptista Sérgio et al., 2023).

No cenário atual da saúde, profundamente marcado por restrições económicas e pela escassez de recursos humanos, o papel do enfermeiro gestor assume uma relevância crítica, exigindo uma atuação estratégica, reflexiva e sustentada. Estes constrangimentos afetam diretamente a formação contínua dos profissionais, indispensável para o desenvolvimento de competências e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Oliveira et al., 2021). Assim, liderança, gestão e supervisão clínica surgem como dimensões interdependentes que se complementam no exercício especializado do cuidar.

Particularmente no internamento pediátrico, tive a oportunidade de acompanhar de perto o enfermeiro gestor durante um turno, o que me permitiu compreender de forma mais clara as estratégias de liderança implementadas. Este enfatiza o autoconhecimento, a empatia e a gestão emocional como competências basilares, na medida em que possibilitam gerir equipas de forma equilibrada, promover relações de confiança e adaptar a liderança às necessidades e características de cada elemento. A comunicação revela-se uma competência transversal a todos estes processos. Não só se constitui como elemento fundamental para a liderança diária, como se mostra essencial na prevenção e resolução de conflitos, na clarificação de objetivos e na motivação dos profissionais.

O desenvolvimento pessoal e profissional da equipa foi identificado como eixo central da sua liderança. No SIMCP, tornou-se evidente a aposta na especialização, uma vez que a equipa era composta maioritariamente por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, reflexo da sua política de incentivo à formação avançada. Este gestor promovia ativamente a participação em eventos científicos, sendo também ele parte integrante de uma equipa responsável pela organização de um encontro anual de enfermagem pediátrica aberto à comunidade profissional, no qual se discutem temáticas

atuais e pertinentes da especialidade. Esta visão reforça o papel do gestor como líder facilitador de desenvolvimento profissional, que, segundo Oliveira & Rodrigues, 2017, deve ser capaz de inspirar e criar condições para que cada elemento da equipa atinja o seu potencial máximo.

No que respeita à gestão de recursos humanos, este gestor considerava fundamental ser reconhecido pela equipa como líder, e não apenas como administrador, sustentando a sua prática num equilíbrio entre autoridade técnica e valorização do conhecimento, motivação e fatores individuais de cada enfermeiro. Como referem Northouse, 2018, a liderança em enfermagem implica não apenas gerir tarefas, mas também reconhecer as competências singulares de cada profissional e potenciar o seu contributo para os objetivos comuns.

A SC constituía uma prática constante neste contexto, não apenas como acompanhamento formal, mas sobretudo como estratégia de desenvolvimento. O gestor referia frequentemente a importância de delegar responsabilidades de forma orientada, criando pares compostos por um enfermeiro especialista e um enfermeiro de competências gerais. Esta prática encontrava-se alinhada com a teoria de Benner, 1984, segundo a qual o percurso de desenvolvimento profissional em enfermagem decorre numa transição progressiva do iniciado (*novice*) ao perito (*expert*), processo que só se concretiza através da prática supervisionada, reflexão e integração contínua de novos saberes.

No decurso do turno, houve ainda oportunidade para a reflexão sobre a transição do papel de enfermeiro generalista para especialista, compreendendo que esta mudança representa muito mais do que a aquisição de um título formal. Segundo o enfermeiro gestor, trata-se de uma verdadeira transição no papel social do enfermeiro, em linha com a Teoria das Transições de Meleis, que enfatiza a necessidade de adaptação, redefinição de identidade e incorporação de novas responsabilidades ao longo do percurso profissional (Meleis, 2010).

O enfermeiro gestor do SIMCP destacou a relevância da investigação em contexto clínico como uma estratégia essencial de gestão, não apenas para atingir os objetivos institucionais, mas também para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

De acordo com o enfermeiro gestor, liderar em enfermagem não se limita à organização de recursos, mas exige também competências relacionais e emocionais que

permitam motivar a equipa, garantir a coesão do grupo e assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Nos contextos de urgência pediátrica e UCIN, a gestão de cuidados de enfermagem assume uma complexidade particular, dado o elevado grau de imprevisibilidade, a intensidade emocional e a exigência técnica destes serviços. A liderança nestes cenários é determinante, uma vez que as tomadas de decisão, frequentemente em situações críticas, requerem uma articulação célere e eficaz entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar (Silva et al., 2021).

No SUPP, as situações de ausência da enfermeira gestora — que acumulava funções nos cuidados intensivos pediátricos — implicavam a delegação de responsabilidades em enfermeiros especialistas. Entre estes, o meu tutor assumia frequentemente o papel de responsável de turno, coordenando a equipa, distribuindo recursos humanos pelas diferentes áreas (triagem, sala de emergência, observação) e garantindo que os fluxos de trabalho respondiam às necessidades assistenciais. Este exercício evidenciou o papel central do EEESIP como gestor de cuidados no terreno, assegurando não só a continuidade assistencial e a segurança clínica, mas também a gestão eficiente de recursos materiais, como a monitorização de stocks, o controlo de equipamentos da sala de emergência e a reposição atempada de material essencial. Para além disso, a sua intervenção estendia-se à mediação de conflitos e ao apoio aos enfermeiros menos experientes, validando decisões e fortalecendo a confiança da equipa — aspetos cruciais para manter a eficácia em ambientes de elevada pressão (Marquis & Huston, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na UCIN o enfermeiro responsável de turno, sempre um especialista, assumia aqui funções de elevada responsabilidade, distribuindo os profissionais entre a sala de cuidados intensivos e a de cuidados intermédios de acordo com a gravidade clínica e as necessidades dos recém-nascidos, garantindo dotações seguras e adequadas. Esta gestão envolvia ainda a supervisão da utilização de equipamentos altamente especializados (incubadoras, ventiladores, bombas de infusão) e a articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar. A decisão sobre a alocação dos recursos humanos era feita tendo em conta não só os critérios clínicos, mas também a experiência e competências individuais de cada enfermeiro, promovendo um ambiente de aprendizagem e de partilha de saberes (Parreira et al., 2023).

Assim, a gestão exercida pelo EEESIP não se limita à organização de recursos ou à supervisão técnica: é também liderança adaptativa, facilitação do desenvolvimento

profissional, mediação de conflitos e dinamização da qualidade em saúde. Em todos os contextos de estágio, este papel foi visível, tanto na coordenação de turnos e distribuição de doentes, como no apoio a colegas menos experientes, na promoção de projetos de melhoria e na valorização da criança e da família como centro do cuidado. A conjugação de liderança, supervisão e competência clínica afirma o EEESIP como elemento-chave na garantia da qualidade e segurança dos cuidados em saúde infantil e pediátrica.

4.3 COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação em enfermagem constitui um domínio central para o desenvolvimento da disciplina e da profissão, assumindo-se como um processo sistemático, científico e rigoroso que permite gerar, consolidar e aplicar conhecimento (CHIEN, 2019). Este conhecimento é utilizado para melhorar a qualidade dos cuidados, apoiar a prática baseada na evidência (PBE), avaliar as práticas existentes e introduzir mudanças que se traduzem em ganhos em saúde (Melnik & Fineout-Overholt, 2022). Mais do que um pilar isolado, a investigação repercute-se em todos os domínios de atuação do enfermeiro especialista, ao mesmo tempo que contribui para a formulação de políticas de saúde e para a regulação profissional (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996; International Council of Nurses, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Autores como Néné & Sequeira, 2022, defendem que a enfermagem deve ser entendida como uma disciplina-profissão, na qual a investigação constitui o elo fundamental entre ambas as dimensões, permitindo uma articulação coerente entre o saber científico e a prática clínica. Também a Ordem dos Enfermeiros reconhece a investigação como competência essencial do enfermeiro especialista, destacando o seu papel na produção, atualização e renovação do corpo de conhecimentos próprios da enfermagem, colmatando lacunas da prática e orientando o desenvolvimento da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nos últimos anos, a comunidade científica tem reforçado a importância da inovação metodológica e da adaptação da investigação à crescente complexidade dos processos de saúde, de modo a otimizar intervenções, melhorar os cuidados e promover o bem-estar de crianças, jovens e famílias (Melnik & Fineout-Overholt, 2022). Assim, a investigação não só sustenta a tomada de decisão clínica fundamentada nas melhores evidências disponíveis, como também potencia a evolução contínua da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional.

Competências desenvolvidas:

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

- ◆ 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

Objetivos delineados:

- ♣ Promover a prática baseada na evidência e a utilização do pensamento crítico
- ♣ Fundamentar a prática clínica em evidência científica atual
- ♣ Divulgar e discutir os resultados da investigação científica realizada

Atividades planeadas:

- ♣ Realizar pesquisa bibliográfica sobre as temáticas que emergem da prática e partilhar o conhecimento com a equipa de enfermagem
- ♣ Prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência científica atual
- ♣ Realizar uma revisão integrativa da literatura e comunicar os resultados a uma audiência específica

Reflexão crítica:

A investigação em enfermagem é um pilar estruturante da disciplina e da profissão: um processo sistemático, científico e rigoroso que expande o corpo de conhecimento específico para responder a questões concretas e resolver problemas em benefício de utentes, famílias e comunidades (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). A sua relevância manifesta-se em duas dimensões indissociáveis: a produção de conhecimento válido e fiável, e a sua transferência para a prática clínica sob a forma de Prática Baseada na Evidência. Tal como lembra Meleis, o saber em enfermagem emerge da interação entre investigação, teoria, filosofia, prática, senso comum e “estudiosidade”; a maturidade da disciplina mede-se pela capacidade de articular criticamente estas fontes para sustentar decisões clínicas e políticas (Meleis, 1991). Por isso, a investigação não é um fim em si: legitima-se quando é comunicada, debatida e escrutinada por pares, condição necessária para a força e utilidade dos resultados, e quando é conduzida com rigor ético ao longo de todas as etapas — respeitando a dignidade da pessoa e maximizando benefícios (Néné & Sequeira, 2022).

Enquanto estratégia de qualificação contínua dos cuidados, a investigação impacta todos os domínios do exercício do EEESIP: a prestação direta de cuidados (melhorando a eficácia e segurança das intervenções), a gestão (apoio a decisões sobre recursos, processos e qualidade), a formação/educação (desenvolvimento de competências dos

pares e educação para a saúde) e a política e regulação (definição de normas e contributo para guidelines) (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996; Néné & Sequeira, 2024).

A PBE, por sua vez, é definida como a tomada de decisão clínica que combina a melhor evidência científica disponível, o juízo clínico do profissional, as preferências/valores do utente e o contexto/recursos onde os cuidados ocorrem. Não se trata de “seguir artigos”, mas de integrar criticamente três pilares — evidência, saber prático e preferências — para decisões partilhadas e personalizadas, reconhecendo que nenhum pilar prevalece isoladamente (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996; Melnyk & Fineout-Overholt, 2022; Néné & Sequeira, 2022). Para operacionalizar a PBE ao nível do serviço, é útil uma rota em seis etapas: identificar problemas e descrever as práticas vigentes; procurar sistematicamente a melhor evidência; avaliar criticamente qualidade, aplicabilidade, benefícios e riscos; planear a mudança (recursos, responsabilidades, indicadores); implementar e monitorizar; e incorporar a nova prática nos padrões locais, com auditoria contínua. Persistem, contudo, barreiras relevantes: sobrecarga assistencial, falta de tempo, lacunas de literacia em pesquisa e síntese de evidência, e acesso limitado a bases de dados — fatores que exigem soluções organizacionais (tempo protegido, mentoria, formação) (Camargo et al., 2018; Melnyk & Fineout-Overholt, 2022).

Ao longo do estágio, reconhecendo a importância da PBE como eixo estruturante da melhoria contínua dos cuidados, procurei orientar as minhas intervenções pela pesquisa e análise da melhor evidência científica disponível. Para sustentar os processos de tomada de decisão e a planificação das intervenções, realizei pesquisa bibliográfica sistemática em diversas bases de dados (EBSCO, PubMed, MedLine, SCOPUS), complementada com a leitura de publicações científicas na área da saúde, livros de referência, documentos orientadores da Ordem dos Enfermeiros e da Direção-Geral da Saúde, bem como teses académicas e conteúdos da componente teórica do curso. Esta prática investigativa constituiu-se não apenas como um exercício académico, mas como parte integrante da minha prática clínica diária, permitindo-me fundamentar decisões com base em conhecimento atualizado, pertinente e válido.

Em todos os contextos de estágio, emergiram interrogações diretamente relacionadas com a experiência quotidiana e com a diversidade e complexidade dos cuidados prestados, revelando lacunas de conhecimento que exigiram reflexão crítica e atualização científica. Os temas de pesquisa estiveram mais associados à prática clínica, como cuidados ao RN gravemente doente, estratégias centradas no neurodesenvolvimento, parentalidade e parceria de cuidados, comunicação terapêutica,

avaliação e gestão da dor. Já na vertente de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente para preparação da alta na UCIN e SIMCP, foram estudados os temas da vigilância de saúde infantil, práticas mais seguras para o domicílio sobre variados procedimentos e o sono do RN e da criança. Estas pesquisas teriam pouco valor se permanecessem apenas no plano individual, pelo que procurei sempre partilhar e discutir com os pares os resultados encontrados, reforçando a importância da PBE como elemento diferenciador da prática e da própria identidade do EEESIP.

Assumindo também a responsabilidade do EEESIP em identificar lacunas de conhecimento e potenciar novas áreas de investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2018), dediquei-me ao estudo de uma problemática atual: a influência da exposição a ecrãs na qualidade do sono dos adolescentes. Esta preocupação emergiu da prática, ainda do estágio do 1º ano de vigilância e decisão clínica, onde me apercebi do uso excessivo e prolongado dos telemóveis e tablets especialmente no período do final do dia e mesmo já na cama, em especial pelos adolescentes e com o conhecimento dos pais. Procedi à realização de uma Revisão Integrativa da Literatura, que se encontra apresentado no Apêndice III do presente relatório, com o propósito de identificar a evidência científica existente relativamente à exposição a ecrãs em adolescentes, analisando os seus malefícios e os limites considerados seguros no que respeita ao impacto sobre o sono — processo fisiológico e psicológico determinante numa fase crucial do desenvolvimento humano. A escolha desta metodologia mostrou-se pertinente, dado permitir a recolha, análise crítica e síntese de resultados provenientes de estudos independentes, possibilitando não apenas a integração do conhecimento produzido, mas também a sua translação para a prática clínica e para a educação em saúde (Toronto & Remington, 2020). O corpus de análise, constituído por dez artigos, evidenciou de forma consistente que a utilização de dispositivos eletrónicos no período que antecede o adormecer está associada a uma redução significativa da duração do sono, sendo esta relação modulada pelo tempo de exposição, pelo tipo de dispositivo utilizado e pela natureza da atividade realizada. Este processo, sistematizado num artigo científico, permitiu-me desenvolver competências na formulação de questões de investigação, pesquisa avançada em bases de dados, análise crítica e síntese de informação.

A investigação não se limita à produção de conhecimento: deve ser partilhada e debatida para que se traduza em impacto real na prática clínica. Neste sentido, aceitei o desafio de participar no VIII Fórum das Especialidades em Enfermagem, organizado pela Universidade Católica Portuguesa, onde comuniquei resultados da prática e da

investigação, sob o formato de poster científico, que pode ser consultado em Apêndice IV a este relatório.

Considero importante salientar que mesmo para a elaboração deste relatório, procedi a pesquisas exaustivas de conhecimento científico, utilizando fontes fidedignas e atuais para fundamentar tanto as atividades desenvolvidas como as reflexões construídas ao longo do estágio. Tal prática garantiu não apenas rigor acadêmico, mas também a coerência entre a experiência vivida e a teoria, fortalecendo a minha aprendizagem e valorizando o percurso realizado.

Em síntese, investigar, sintetizar e transferir conhecimento é o que transforma a evidência em melhor cuidado. É nessa interseção entre ciência, ética e prática que a enfermagem afirma a sua identidade disciplinar e a sua responsabilidade social (Meleis, 1991; Néné & Sequeira, 2022; Regulamento n.º 366/2018, 2018).

4.4 COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A formação contínua constitui um eixo estruturante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo amplamente reconhecida como determinante para o desenvolvimento profissional, a adaptação às transformações sociais e tecnológicas e a prestação de cuidados seguros e baseados em evidência científica (International Council of Nurses, 2020; Mlambo et al., 2021). Embora a formação inicial proporcione as qualificações essenciais para o exercício da profissão, esta revela-se insuficiente para responder à crescente complexidade dos cuidados, impondo a necessidade de atualização permanente de conhecimentos e competências ao longo da vida profissional.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a formação permanente deve articular-se em duas dimensões complementares: a formação contínua, promotora do crescimento pessoal e profissional, e a formação em serviço, que visa colmatar necessidades identificadas no seio das equipas, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados. Esta prática formativa assume uma tripla dimensão: o saber, relacionado com a aquisição de conhecimento; o saber fazer, ligado ao desenvolvimento de competências técnicas e práticas; e o saber ser, associado às atitudes e comportamentos que sustentam a prática profissional (Farias et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o EEESIP destaca-se pela capacidade de integrar competências técnicas e relacionais, tanto no acompanhamento da criança saudável como na resposta a situações de doença, assumindo a responsabilidade de investir na sua formação contínua para assegurar cuidados diferenciados e de qualidade. Para além da autoformação, o especialista tem ainda a responsabilidade de diagnosticar necessidades formativas, planear e dinamizar programas educativos junto da equipa, atuando como facilitador de aprendizagem e avaliando o impacto das ações implementadas. Deste modo, a formação contínua em enfermagem constitui não apenas uma exigência profissional e ética, mas também um fator diferenciador de empregabilidade, adaptabilidade e desenvolvimento disciplinar, reforçando a consolidação da enfermagem enquanto ciência e profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, 2018).

Competências desenvolvidas:

- ◆ Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional

- ◆ 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

Objetivo delineado:

- ♣ Promover o processo de autoformação pessoal e profissional de forma contínua

Atividades planeadas:

- ♣ Participar em eventos científicos direcionados à enfermagem de saúde infantil e pediátrica
- ♣ Promover uma reflexão sistemática sobre o desempenho demonstrado ao longo do estágio, identificando progressos alcançados e aspetos a melhorar
- ♣ Realizar uma análise crítica do contributo do EEESIP no domínio da formação em serviço, reconhecendo o seu papel como facilitador de desenvolvimento profissional e promotor da qualidade dos cuidados

Reflexão crítica:

A enfermagem, enquanto disciplina científica e profissão socialmente comprometida, encontra-se permanentemente desafiada pelas rápidas transformações da sociedade e da área da saúde. O avanço tecnológico, a inovação científica e as mudanças socioculturais impõem novas exigências, tornando indispensável que os enfermeiros se mantenham em processo contínuo de atualização e desenvolvimento. A formação ao longo da vida deixa, assim, de ser apenas uma opção de valorização individual para assumir-se como um dever ético-profissional e um requisito para assegurar cuidados de elevada qualidade (Mlambo et al., 2021; Varandas & Lopes, 2012).

Do ponto de vista normativo, o REPE estabelece a formação contínua como responsabilidade inalienável do enfermeiro, salientando a necessidade de atualização permanente e aprofundada do conhecimento (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). Paralelamente, os documentos orientadores da Ordem dos Enfermeiros destacam a importância de investir na formação permanente, quer através da aprendizagem contínua, quer em contexto de serviço, como condição essencial para enfrentar os desafios emergentes da prática clínica e sustentar a qualidade e a segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, 2021).

No caso particular do EEESIP, a formação contínua tem um papel estruturante. Este profissional distingue-se pelo domínio de competências técnicas e relacionais que

permitem responder às necessidades complexas da criança/jovem e da sua família. Para tal, deve assumir uma postura de atualização permanente, ao mesmo tempo que se posiciona como dinamizador de processos formativos junto da equipa, diagnosticando necessidades, gerindo programas e avaliando o impacto das formações (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O meu percurso de formação especializada representou uma oportunidade ímpar de desenvolvimento profissional e pessoal. Antes de ingressar neste mestrado, concluí uma pós-graduação em Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais, que se revelou particularmente enriquecedora pela ênfase atribuída à dimensão técnica do cuidar, ou seja, ao “saber fazer” e ao agir em contextos de elevada complexidade clínica. Naturalmente, quando iniciei este mestrado, as minhas expectativas estavam inicialmente orientadas para uma continuidade dessa experiência, centrada sobretudo no aperfeiçoamento prático.

Todavia, ao longo do curso percebi que este acrescentou uma dimensão mais profunda e transformadora: a do “saber pensar”. Este processo implicou não apenas consolidar competências técnicas, mas sobretudo desenvolver uma postura reflexiva e crítica, orientada pela prática baseada em evidência e pela tomada de decisão fundamentada. A componente teórica foi determinante nesse processo, pois permitiu-me reconfigurar a forma como observo a minha prática e a dos meus pares, não numa perspetiva de crítica negativa, mas antes como incentivo à melhoria contínua e à construção coletiva de conhecimento. Constituiu, assim, o ponto de partida para a transição de enfermeira generalista para enfermeira especialista, evidenciando uma mudança de paradigma na forma de pensar, agir e projetar o percurso profissional. Este percurso de evolução profissional pode ser analisado à luz do modelo de Patricia Benner sobre os estágios de desenvolvimento da prática de enfermagem. A passagem de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista não se traduz apenas na acumulação de conhecimentos ou competências técnicas, mas representa a progressão de níveis de desempenho que vão desde o iniciante até ao perito. Neste processo, o profissional deixa de depender estritamente de regras e diretrizes para desenvolver uma compreensão mais intuitiva, contextual e integrada da prática, reconhecendo padrões complexos e antecipando necessidades. Tal transição envolve não só a consolidação do saber-fazer, mas também a capacidade de exercer julgamento clínico refinado, liderar equipas, supervisionar pares e contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Benner, 2001).

A componente prática, por sua vez, permitiu articular os conhecimentos adquiridos com a realidade dos diferentes contextos clínicos — cuidados de saúde primários, neonatologia, urgência e internamento. Esta vivência possibilitou não apenas a consolidação de competências específicas em cada cenário, mas também o desenvolvimento da capacidade crítica de identificar fragilidades, propor soluções e contribuir ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Neste percurso formativo, atribuí particular relevância às oportunidades de participação em atividades de natureza científica e pedagógica, entendendo-as como instrumentos fundamentais de desenvolvimento profissional. A minha presença no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem e, posteriormente, no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem, ambos promovidos pela Universidade Católica Portuguesa, constituíram experiências enriquecedoras.

De igual modo, participei em diversos eventos de destaque, nomeadamente o “*Um dia com o Rastreio Neonatal*” – formação dirigida ao rastreio metabólico neonatal conhecido como *teste do pezinho*, promovida pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Anexo I) e o 1.º Encontro de Neonatologia de Coimbra, promovido pela Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Júlio de Matos (Anexo II). Estes espaços configuraram-se como contextos privilegiados de atualização científica, partilha de experiências e reflexão crítica, contribuindo para o fortalecimento da identidade disciplinar da enfermagem e para a consolidação do papel do enfermeiro enquanto agente de inovação e transformação na prática clínica (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Ao longo do estágio, procurei integrar de forma consciente e sistemática os conhecimentos adquiridos não só na componente teórica do mestrado, mas também os provenientes da pós-graduação anterior a este curso e já mencionada, de formações complementares frequentadas antes e durante o estágio final, bem como da experiência profissional acumulada previamente. Este capital de saberes, associado à prática reflexiva, constituiu a base para a prestação de cuidados fundamentados e consistentes.

Contudo, reconheço que a prática clínica em contexto de especialização coloca o enfermeiro perante situações inéditas e dilemas complexos, que exigem permanente questionamento. Nestes momentos, recorri à pesquisa sistemática em bases de dados científicas, à consulta de guias de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros e de documentos normativos da Direção-Geral da Saúde, recursos que se revelaram fundamentais para esclarecer dúvidas, orientar a tomada de decisão e sustentar momentos de reflexão crítica junto dos enfermeiros tutores. Esta metodologia de trabalho reforçou

a minha postura crítico-reflexiva e consolidou a integração da evidência científica na prática de cuidados.

A prossecução de formação avançada acarreta, inevitavelmente, desafios que ultrapassam a esfera académica, refletindo-se na complexa articulação entre vida pessoal, prática profissional e investimento no percurso formativo. A literatura evidencia que a ausência de condições favoráveis ao nível organizacional pode constituir um entrave significativo, pelo que se torna imperativo que as chefias assumam um papel ativo na criação de ambientes de trabalho que facilitem esta conciliação. Medidas como a flexibilização de horários, a disponibilização de tempo protegido ou o incentivo explícito à participação em iniciativas formativas contribuem de forma decisiva para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Rees et al., 2021). Para além da facilitação logística, torna-se igualmente relevante que as instituições reconheçam o esforço individual despendido pelos profissionais de enfermagem que, em muitos casos, abdicam de tempo pessoal e familiar em prol da sua capacitação contínua. Este reconhecimento, seja através de valorização simbólica ou de oportunidades de progressão profissional, revela-se essencial para a motivação intrínseca dos enfermeiros e para a consequente melhoria da qualidade assistencial.

Por fim, é importante sublinhar que a aquisição de novos conhecimentos e competências não representa apenas um ganho individual, mas implica também uma responsabilidade acrescida. O EEESIP deve assumir-se como referência para os pares e para a equipa multidisciplinar, orientando a prática com base na evidência científica mais atual e numa reflexão crítica contínua. O aprofundamento formativo traduz-se, assim, num compromisso ético e profissional com a excelência do cuidar, garantindo intervenções seguras, humanizadas e centradas na criança e na família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Competências desenvolvidas:

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

Objetivo delineado:

- ♠ Desenvolver competências no domínio da formação de pares, de acordo com as necessidades identificadas

Atividades planeadas:

- ♣ Colaborar no desenvolvimento e dinamização de projetos formativos já implementados nos diferentes contextos clínicos
- ♣ Realizar uma ação de formação entre pares, sustentada num diagnóstico prévio de necessidades formativas

Reflexão crítica:

No exercício contemporâneo da enfermagem, caracterizado pela crescente complexidade dos contextos de cuidados e pela necessidade de adaptação a mudanças constantes, a partilha de experiências e a reflexão coletiva assumem um papel estruturante. O desenvolvimento profissional ultrapassa a dimensão individual e concretiza-se na interação com os pares, no debate de ideias e na troca de saberes em espaços formais e informais, como passagens de turno, reuniões de equipa ou formações em serviço, que constituem momentos privilegiados de aprendizagem e de fortalecimento da prática baseada na evidência (Freitas, 2015).

Durante os diferentes contextos de estágio, adotei uma postura crítica e reflexiva, valorizando o diálogo contínuo com os enfermeiros tutores, enfermeiros da equipa e enfermeiros gestores, em momentos de reflexão conjunta sobre situações emergentes da prática. Paralelamente, em contexto académico, as orientações tutoriais, os seminários e as avaliações intercalares no âmbito do mestrado constituíram também oportunidades de discussão e reflexão.

Nos cuidados intensivos neonatais, destaco discussões sobre o modelo NIDCAP, a avaliação da dor em recém-nascidos ventilados e sob sedação, a participação dos pais nos cuidados e o papel do EEESIP na gestão assistencial em neonatologia. O contacto com formações em serviço sobre novos ventiladores reforçou a importância da atualização tecnológica na qualificação dos cuidados: formação prática sobre a monitorização da perfusão cerebral através da tecnologia NIRS (near-infrared spectroscopy) e demonstração prática da utilização dos novos equipamentos de ventilação invasiva, providenciada pelas respetivas marcas. No SUPP, a experiência foi marcada pela reflexão em torno da utilização do sistema de triagem canadiano e pela necessidade de implementação de práticas não farmacológicas para alívio da dor, especialmente no recém-nascido e lactente. Já no internamento pediátrico, os momentos de análise centraram-se no papel do EEESIP na gestão de equipas, na gestão de cuidados e no acompanhamento à criança/jovem com sequelas graves e permanentes após evento de doença súbita, e à sua família.

A formação em serviço, nestes contextos, revelou-se uma ferramenta estratégica que vai além da atualização de conhecimentos, funcionando como motor de transformação de atitudes e de consolidação da PBE. A sua eficácia depende de uma adaptação às necessidades da equipa, da instituição e das populações alvo dos cuidados (Freitas, 2015). O enfermeiro especialista, pelo conjunto de competências clínicas, relacionais e pedagógicas que detém, desempenha aqui um papel essencial enquanto facilitador da aprendizagem e promotor da integração da evidência científica na prática (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Foi com esta perspetiva que participei no *Journal Club* do internamento de pediatria, atividade mensal da responsabilidade da equipa de enfermagem, desenvolvida online via Zoom, que visa a uniformização dos cuidados a partir da discussão crítica de uma problemática identificada pela equipa na prática, à luz da evidência científica mais atual. A problemática que identifiquei logo nos primeiros turnos do estágio, dizia respeito à higiene oral em crianças hospitalizadas, mais especificamente em crianças/jovens com elevados níveis de dependência e alterações cognitivas, cuja execução se revelava heterogénea entre profissionais e motivo de insegurança para os pais. Após pesquisa sistemática em bases de dados científicas e revisão das recomendações mais recentes, concretizei a sessão “Higiene oral em crianças hospitalizadas”, com planeamento estruturado (objetivos, conteúdos, recursos, avaliação da sessão) de forma a contribuir para a uniformização dos cuidados prestados pela equipa, contribuindo para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados baseada na mais recente evidência científica. A avaliação da sessão, realizada através de questionário anónimo em *google forms* recorrendo à escala de Likert, revelou resultados muito positivos: 100% dos presentes concordaram que os objetivos da sessão foram claros e que os conteúdos abordados foram adequados aos objetivos; 100% concordou totalmente que a formação permitiu renovar ou adquirir novos conhecimentos, 33.3% concordou e 16.7% não concordou nem discordou; na questão “se os conhecimentos adquiridos são uteis para a sua prática” 66,7% concordou totalmente, 16.7% concordou e 16.7% não concordou nem discordou; na questão sobre a possibilidade dos conhecimentos melhorarem o desempenho individual 83.3% respondeu que concorda totalmente e 16.7% não concorda nem discorda. Quanto ao desempenho da formadora, 100% concordou totalmente com o domínio do tema pela formadora; 83.3% concordou totalmente sobre a formadora demonstrar ter conhecimentos técnicos e pedagógicos e 16.7% concordou; 100% avaliou a metodologia adequada, a exposição dos conteúdos foi clara e a relação estabelecida com

os formandos foi positiva e 11,1% como muito clara. 88,9% considerou o tema abordado como muito pertinente e 11,1% como pertinente. Todo o material elaborado no âmbito desta formação encontra-se apresentado no Apêndice II do presente relatório, permitindo uma análise mais detalhada do mesmo. Não foi aplicada uma avaliação formal de conhecimentos, uma vez que tal não se enquadrava nos objetivos previamente estabelecidos para a sessão.

O internamento de pediatria desta instituição revelou-se, para mim, um verdadeiro modelo de referência, sobretudo pela forma como promove a formação em serviço, incentiva a postura crítica e reflexiva dos enfermeiros e, de modo particular, pela valorização e difusão da PBE, elemento imprescindível e cada vez mais premente na prestação de cuidados de qualidade.

A concretização desta formação possibilitou-me o desenvolvimento de competências nucleares ao EEESIP, abrangendo não só a pesquisa e a análise crítica da evidência científica, mas também a capacidade de estruturar intervenções pedagógicas e de comunicar de forma clara e eficaz conteúdos dirigidos a audiências especializadas.

Assim, compreendi que a formação em serviço deve ser entendida como um espaço de convergência entre atualização científica, partilha de experiências e fortalecimento da identidade disciplinar da enfermagem. Ao transformar problemáticas emergentes da prática em oportunidades formativas, contribui-se para a melhoria contínua dos cuidados, para a capacitação das equipas e para a afirmação da enfermagem enquanto disciplina científica e profissão comprometida com a evolução da sociedade e a promoção da saúde.

5. CONCLUSÃO

A procura de formação especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica reflete a necessidade de aprofundar o conhecimento específico, orientado para a prestação de cuidados de excelência à criança/jovem e respetiva família. Este investimento contribui para um desenvolvimento notório do corpo de saberes da disciplina, fortalecendo o seu estatuto científico e a qualidade das intervenções.

O percurso formativo realizado constituiu uma experiência transformadora, marcada tanto por crescimento profissional como pessoal. Na esfera profissional, a aquisição de competências e o desenvolvimento de capacidades de reflexão crítica, argumentação e investigação permitiram-me olhar para a prática de forma mais consciente e fundamentada, integrando modelos como os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados. No plano pessoal, este trajeto implicou reajustar a dinâmica familiar, gerir prioridades e investir em novas formas de organização do tempo, o que, embora desafiante, reforçou a resiliência e capacidade de adaptação, não só minha como de toda a família.

O plano de estudos da unidade curricular estabelece como eixo estruturante quatro domínios centrais do exercício do enfermeiro especialista: a prestação de cuidados, a gestão, a formação e a investigação. Estes pilares orientaram a definição de objetivos específicos e das atividades realizadas nos diferentes cenários de estágio constituindo-se como referência orientadora de todo o processo de aprendizagem.

No que respeita à prestação de cuidados, a prática especializada em saúde infantil e pediátrica abrange dimensões nucleares como a vigilância do crescimento e desenvolvimento, a promoção da saúde, a capacitação da família para o exercício da parentalidade e o reforço da parceria de cuidados. Inclui ainda a comunicação eficaz com a criança e família, a implementação de estratégias de avaliação e controlo da dor, bem como a resposta qualificada a situações críticas, emergentes ou de elevada complexidade clínica.

Quanto ao domínio da gestão, este assume relevância acrescida na prática do enfermeiro especialista, uma vez que lhe compete não apenas assegurar a organização eficiente dos cuidados, mas também otimizar os recursos humanos e materiais disponíveis. Para além de coordenar, supervisionar e delegar tarefas, é-lhe exigido um papel ativo na liderança das equipas e na criação de condições que promovam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Por sua vez, os domínios da formação e investigação constituem alicerces indispensáveis ao fortalecimento da enfermagem enquanto disciplina científica e profissão autónoma. A formação permanente garante a atualização contínua dos saberes e competências dos profissionais, permitindo responder às exigências de um setor em constante transformação. Paralelamente, a investigação em enfermagem possibilita a produção de conhecimento sólido e relevante, orientando a prática clínica e contribuindo para a melhoria dos cuidados e para a evolução da disciplina no panorama científico e social.

Refletir sobre a complexidade dos cuidados pediátricos implica reconhecer a impossibilidade de abordar, neste relatório, todos os aspetos relevantes do cuidar. Ainda assim, importa sublinhar que a investigação na área da enfermagem pediátrica, enriquecida pelo contributo de outras disciplinas, tem sido determinante para fundamentar cientificamente a prática clínica, assegurando maior eficácia e qualidade nos cuidados prestados às crianças e às suas famílias.

Quer no silêncio sereno de um quarto de internamento, quer no ritmo acelerado de um serviço de urgência, quer ainda no trabalho próximo da comunidade, o EEESIP afirma-se como garante do cuidado integral. A sua intervenção ultrapassa a dimensão meramente técnica, estendendo-se à criação de ambientes seguros e humanizados, onde a criança é protegida e a família é reconhecida como parceira ativa e corresponsável no processo de cuidar. Esta prática exige mais do que competência científica: requer empatia, pensamento crítico e uma presença autêntica, capaz de se ajustar aos desafios que decorrem da constante evolução social, científica e cultural.

A possibilidade de realizar estágios em diferentes contextos, incluindo a UCC no âmbito do estágio de vigilância e decisão clínica, constituiu-se como experiência formativa ímpar. Esta diversidade de cenários favoreceu a aquisição de competências em múltiplas dimensões do cuidar da criança/jovem e da sua família, permitindo-me não só desenvolver práticas especializadas, mas também compreender de forma aprofundada a abrangência e especificidade do papel do EEESIP em todas as áreas do seu campo de atuação.

A realização desta reflexão final sobre o percurso formativo e a aquisição das competências do ciclo de estudos revelou-se um processo simultaneamente exigente e profundamente transformador. Refletir criticamente sobre o desenvolvimento de saberes, atitudes e práticas implicou um exercício de introspeção e análise rigorosa, que me desafiou a revisitar cada contexto de estágio e a reconhecer, com honestidade, os

progressos alcançados e as dificuldades vividas. Este processo exigiu mais do que descrever experiências: implicou compreender o seu significado, integrá-las num pensamento estruturado e fundamentá-las na evidência científica, o que mobilizou intensamente a minha capacidade investigativa e crítico-reflexiva.

Ao longo deste caminho, aprendi a olhar para além do óbvio, a questionar práticas estabelecidas e a procurar respostas fundamentadas, alimentando uma postura inquisitiva e uma curiosidade científica que se tornaram estruturantes da minha identidade enquanto enfermeira especialista. A reflexão contínua e a análise crítica das experiências de estágio foram também oportunidades de crescimento pessoal e profissional, permitindo-me reconhecer a importância da perseverança, da resiliência e da humildade no processo de aprender a cuidar melhor.

Este percurso de mestrado distinguiu-se, assim, por ter sido mais do que um mero aprofundamento técnico: foi um espaço de transformação, que me dotou de instrumentos intelectuais, éticos e científicos, essenciais para uma prática sustentada na evidência e orientada para a excelência. As competências desenvolvidas, particularmente no domínio da investigação, são hoje pilares da minha atuação, quer na prática clínica, onde orientam decisões e promovem melhorias contínuas, quer na perspetiva futura de continuar a contribuir para a construção e difusão do conhecimento em enfermagem.

Assim, concluo este percurso com a convicção de que cada desafio, cada dúvida e cada conquista moldaram não apenas a profissional que sou, mas também a pessoa que me tornei. Este mestrado não foi apenas uma etapa académica, mas um verdadeiro processo de metamorfose, um convite a pensar mais fundo, a cuidar com maior consciência e a agir com propósito. Hoje, sinto-me preparada para exercer a enfermagem com um olhar mais crítico, humano e científico, sustentado na evidência, na reflexão e na paixão por fazer sempre melhor, porque cuidar é, acima de tudo, um ato de compromisso e de amor.

6. BIBLIOGRAFIA

- AIMA I.P. - DPEE. (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. AIMA I.P. – Agência para a Integração, Migrações e Asilo. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://aima.gov.pt/media/pages/documents/a109224112-1726562672/rma-2023.pdf
- Als, H. (1986). A syntactic model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3–4), 3–53. https://doi.org/10.1300/J006v06n03_02
- Als, H. (2015). *NIDCAP: The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP International Federation). Global NIDCAP. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://nidcap.org/wp-content/uploads/2023/11/Program-Guide-Rev-8Nov2023.pdf
- Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Rivkin, M. J., Vajapeyam, S., Mulkern, R. V., Warfield, S. K., Huppi, P. S., Butler, S. C., Conneman, N., Fischer, C., & Eichenwald, E. C. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846–857. <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.846>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Elsevier*, 16(14), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (2018). Hospitalização da criança: Sentimentos e opiniões dos pais. *Revista INFAD de Psicologia*.

- International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 125–132. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1201>
- Azevedo, K. F., & Vivian, A. G. (2020). Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. *Diaphora*, 9(1), 33–40. <https://doi.org/10.29327/217869.9.2-5>
- Batalha, L. M. da C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: Uma década. *Saúde & Tecnologia, Suplemento*, e16–e21. <https://doi.org/10.25758/set.844>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative ed.* Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Biasibetti, C., Hoffmann, L., Rodrigues, F., Wegner, W., & Rocha, P. (2019). Communication for Patient Safety in Pediatric Hospitalizations. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, (spe):e20180337. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Vol. I (attachment) (2ª (revisão))*. Basic Books.
- Brás Baptista Sérgio, M. S. S., Rodrigues Faria de Carvalho, A. L., & Correia Barroso Pinto, C. M. (2023). Clinical Supervision in Improving the Quality of Nursing Care: Empowerment of Medical-Surgical Hospitalization Teams. *Nursing Forum*, 2023(1), 5820168. <https://doi.org/10.1155/2023/5820168>
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). *The earliest relationship: Parents, infants, and the drama of early attachment* (pp. xix, 252). Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- Camacho-Sampaio, M., Cordeiro, C., Leuzinger-Dias, C., Dias, A., Faria, D., & Taborda, A. (2025). Evaluation of Survival and Neurodevelopment in Neonates Born Very

- Preterm at a Tertiary Centre in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 38(5), 288–296. <https://doi.org/10.20344/amp.22345>
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Pereira, G. de A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2030–2038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
- Campbell-Yeo, M., Eriksson, M., & Benoit, B. (2022). Assessment and Management of Pain in Preterm Infants: A Practice Update. *Children*, 9(2), 244. <https://doi.org/10.3390/children9020244>
- Chambers, C. T., Giesbrecht, K., Craig, K. D., Bennett, S. M., & Huntsman, E. (1999). A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: Children's and parents' ratings. *PAIN*, 83(1), 25. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00086-X](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00086-X)
- Chiavenato, I. (2004). *Introdução à Teoria Geral da Administração* (7.^a ed.). Campus/Elsevier. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://profeltonorris.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/livro-teoria-geral-da-administrac3a7c3a3o.pdf>
- CHIEN, L.-Y. (2019). Evidence-Based Practice and Nursing Research. *The Journal of Nursing Research*, 27(4), e29. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000346>
- Circular Normativa nº 9/DGCG, Direção Geral da Saúde (2003). <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

- Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD, Direção Geral da Saúde (2008). chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Coelho, L. M., Santana, J. M. dos S., Lopes, L. K. S., Santos, R. M. C. dos, & Silva, J. R. da. (2025). Método Canguru e os Benefícios para a Família dentro da UTI Neonatal. *Facit Business and Technology Journal*, 1(61). <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/3377>
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 10(4), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 20(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Coyne, I., Hayes, E., Gallagher, P., & Regan, G. (2006). *Giving Children a Voice: Investigation of Children's Experiences of Participation in Consultation and Decision-Making in Irish Hospitals*.
- Debillon, T., Zupan, V., Ravault, N., Magny, J. F., & Dehan, M. (2001). Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 85(1), F36-41. <https://doi.org/10.1136/fn.85.1.f36>
- Decreto-Lei nº 115/2013, 151, Ministério da Educação e Ciência, 4749 (2013). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/115-2013-498487>
- Decreto-Lei nº 161/96, 205, Ministério da Saúde, 2959 (1996). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

- Despacho n.º 10319/2014, 153, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 20673 (2014).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Diário da República. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*.
- Diário da República. (2013). *Decreto-Lei n.º 115/2013*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/115-2013-498487>
- Dossey, B. M. (2000). *Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer*. Springhouse Corporation.
- Dryden-Palmer, K., Shinewald, A., & O’Leary, K. (2024). Supporting siblings during the critical illness hospitalization of a child: Learning from experience. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1337491. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1337491>
- Ekman, P. (2007). *Emotions revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life* (2ª). Times Books.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido*. <https://newborn-health-standards.org/>
- Farias, M. S., Brito, L. L. M. de S., Santos, A. da S., Guedes, M. V. C., Silva, L. de F. da, & Chaves, E. M. C. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *REME Rev. Min. Enferm*, e-1207.
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100604&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: Paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Fernandes, A., Campbell-Yeo, M., & Johnston, C. C. (2011). Procedural Pain Management for Neonates Using Nonpharmacological Strategies: Part 1:

- Sensorial Interventions. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 11(4), 235–241.
<https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e318225a2c2>
- Fernandes, N. G. V., & Silva, E. M. B. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 107–115.
- Franck, L. S., Greenberg, C. S., & Stevens, B. (2000). PAIN ASSESSMENT IN INFANTS AND CHILDREN. *Pediatric Clinics of North America*, 47(3), 487–512. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70222-4](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70222-4)
- Freitas, I. (2015). O desenvolvimento de competências na atividade coletiva de trabalho dos enfermeiros. *Laboreal*, 11(2). <https://doi.org/10.4000/laboreal.3701>
- Gomes, J. F. C., Tinoco, C. dos A. V., Almeida, M. C. P. dos S., Ribeiro, L. P. M. G., Queirós, C. D. R., Neves, H. L., Gomes, J. F. C., Tinoco, C. dos A. V., Almeida, M. C. P. dos S., Ribeiro, L. P. M. G., Queirós, C. D. R., & Neves, H. L. (2023). Intervenções de enfermagem no serviço de urgência: Perspetivas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, serVI(2).
<https://doi.org/10.12707/rvi23.36.29896>
- Hiner, J., Pyka, J., Burks, C., Pisegna, L., & Gador, R. A. (2012). Preventing infant abductions: An infant security program transitioned into an interdisciplinary model. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 47–56.
<https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31824003a2>
- Hockenberry, M. J., Gibbs, K., & Duffy, E. A. (2023). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12.^a ed.). Mosby/Elsevier.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9^a). Elsevier.

- Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing, 14*(2), 212–222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01041.x>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. ICN - International Council of Nurses,.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nurses 2020*.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal, 16*(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Latorre Souza, V., Miyahara Kobayashi, D. R., & Simonetti, D. S. H. (2020). Construção de competências do enfermeiro para implantar unidade de terapia intensiva neonatal cardiológica. *Nursing (São Paulo), 23*(264), 3894–3905. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i264p3894-3905>
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. B., & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Network: NN, 12*(6), 59–66.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas—Resposta a 80 questões*. Edições ASA.
- Leal, L. A., Henriques, S. H., Castro, F. F. S., & Ribeiro, N. M. (2022). Refletindo sobre a tomada de decisão como competência do enfermeiro hospitalar [Reflecting on decision-making as a competence of the hospital nurse] [Reflexionando sobre la toma de decisiones como competencia del enfermero que trabaja en hospital].

Revista Enfermagem UERJ, 30, e69420–e69420.

<https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.69420>

Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). *Handbook of Adolescent Psychology* (2.^a ed.). John Wiley & Sons, Inc.

Lourenção, D. C. de A., & Benito, G. A. V. (2010). Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 91–97.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100015>

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022).

A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, Artigo 30.

<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in*

Nursing—Theory and Application (9.^a ed.). Wolters Kluwer. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/[https://www.proemergency.com/assets/dokumen/ebook_platinum/20231121135634-](https://www.proemergency.com/assets/dokumen/ebook_platinum/20231121135634-Carol_J_Huston_Leadership_Roles_(1)_compressed.pdf)

[assets/dokumen/ebook_platinum/20231121135634-](https://www.proemergency.com/assets/dokumen/ebook_platinum/20231121135634-Carol_J_Huston_Leadership_Roles_(1)_compressed.pdf)

[Carol_J_Huston_Leadership_Roles_\(1\)_compressed.pdf](https://www.proemergency.com/assets/dokumen/ebook_platinum/20231121135634-Carol_J_Huston_Leadership_Roles_(1)_compressed.pdf)

McAnulty, G., Duffy, F., Butler, S., Parad, R., Ringer, S., Zurakowski, D., & Als, H.

(2009). Individualized developmental care for a large sample of very preterm infants: Health, neurobehaviour and neurophysiology. *Acta Paediatrica*, 98(12),

1920–1926. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01492.x>

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2005). *Leininger's Culture Care Diversity*

and Universality—A Worldwide Nursing Theory (3.^a ed.). Jones and Bartlett Publishers, Inc.

McGrath, P. J., Stevens, B. J., Walker, S. M., & Zempsky, W. T. (2013). *Oxford Textbook*

of Paediatric Pain. OUP Oxford.

- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (2nd ed.). J.B. Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2022). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, F. M. R. (2023). *Recém-nascidos de muito baixo peso: Evolução ao longo dos anos 2013-2020*. <http://hdl.handle.net/10451/63176>
- Ministério da Saúde. (2017, novembro). *Recomendações Técnicas para Unidades de Neonatologia*. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-78-05-GUIDELINE-2017-prt-2017-ACSS-Recomendacoes-Tecnicas-Neonatologia.pdf>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Néné, M., & Sequeira, C. A. da C. (2022). *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática*. Lidel enfermagem.

https://www.researchgate.net/publication/360088996_Investigacao_em_Enfermagem_-_Teoria_e_Pratica

Néné, M., & Sequeira, C. A. da C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lidel enfermagem.

Neto, F., Fernandes, R., Santos, L., Sousa, S., França, A. P., & Santos, M. R. (2025).

Guide for oral feeding of premature newborns: Consensus using Nominal Group Technique. *Journal of Neonatal Nursing*, 31(2), 101599.

<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.12.002>

Norma nº 002/2018 (2018). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>

Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and practice* (8.^a ed.). SAGE Publications.

Ofek Shlomai, N., Mordechai, C., Morag, I., Bdolach Abram, T., & Eventov Friedman,

S. (2024). Cue-based feeding in the NICU—a pathway to earlier oral feeding of preterm infants. *Frontiers in Pediatrics*, 12.

<https://doi.org/10.3389/fped.2024.1417628>

Oliveira, A., Sousa, A. D., Gonçalves, C., Figueira, C., Marote, É., Silva, N., Faria, V.,

& Lourenço, T. (2021). *O Impacto da Liderança Transformacional do Enfermeiro Gestor na Satisfação dos Enfermeiros*. <http://hdl.handle.net/10400.26/41199>

Oliveira, C. W. L. de, Silva, J. V. F. da, Rodrigues, A. P. R. A., Júnior, A. F. S. X., &

Tenório, G. M. (2016). Intervenções Não Farmacológicas No Alívio da Dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, 3(2), 123–134.

<https://periodicos.set.edu.br/cdgsaude/article/view/2849>

Oliveira, I. R., & Rodrigues, L. M. S. (2017). Tipos de liderança adotados pelo enfermeiro

no âmbito hospitalar. *Revista Pró-UniverSUS*, 8(2), 15–20.

<https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/692/pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil* (Vol. 1). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_sau deinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática—Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/guia-orientador-de-boa-prática-estratégias-não-farmacológicas-no-controlo-da-dor-na-criança-disponível-para-venda/
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Regulamento n.º 351/2015 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 129. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série, n.º 33, de 15 de fevereiro de 2019. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119507526

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento n.º 656/2021 – Regulamento da formação contínua*. Diário da República.
- Orientação 014/2010, Direção Geral da Saúde (2010). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/orientacao%20dgs_014.2010%20de%20dez.2010.pdf
- Orientação n.º 022/2012, Direção Geral da Saúde (2012). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf
- Orientação n.º 024/2012, Direção Geral da Saúde (2012). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos__0_a_28_dias_.pdf
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). *Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem*. (Vol. 2, pp. 147–193).
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pineda, R., Bender, J., Hall, B., Shabosky, L., Annecca, A., & Smith, J. (2018). Parent Participation in the Neonatal Intensive Care Unit: Predictors and Relationships to Neurobehavior and Developmental Outcomes. *Early human development, 117*, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.12.008>

- Rede de Referência Hospitalar Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia (2024).
<https://www.sns.min-saude.pt/proposta-rede-de-referenciacao-hospitalar-em-obstetricia-ginecologia-e-neonatologia/#:~:text=Proposta%20Rede%20de%20Referencia%C3%A7%C3%A3o%20Hospitalar%20em%20Obstetr%C3%ADcia%2C,de%20sa%C3%BAde%20e%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o%20e%20investiga%C3%A7%C3%A3o.>
- Rees, S., Farley, H., & Moloney, C. (2021). How registered nurses balance limited resources in order to maintain competence: A grounded theory study. *BMC Nursing*, 20(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00672-6>
- Regulamento n.º 140/2019, 26, Ordem dos Enfermeiros, 4744 (2019).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 366/2018, Ordem dos Enfermeiros (2018).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Regulamento n.º 422/2018, 133, Ordem dos Enfermeiros, 19192 (2018).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento n.º 422/2018 | DR.* (sem data). Obtido 7 de novembro de 2025, de
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 109–112.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100017>
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), 87–114. <https://doi.org/10.21814/rpe.2985>

- Santos, J., Pearce, S. E., & Stroustrup, A. (2015). Impact of hospital-based environmental exposures on neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(2), 254–260. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000190>
- Santos, S., Santos, E. A., & Lacerda, A. F. (2018). Dor Crónica em Pediatria: Orientações Para os Profissionais de Saúde: Date of submission: 06-09-2017 | Date of acceptance: 07-01-2017 | Published: 20-04-2018. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 49(2), 167–177. <https://doi.org/10.25754/pjp.2018.13014>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Silva, G. T. R. da, Góis, R. M. O. de, Almeida, D. B. de, Santos, T. B. S., Cantarino, M. S. G., Queirós, P. J. P., & Amestoy, S. C. (2021). Evidence on nursing management models in hospital services: An integrative review. *Acta Paul Enferm*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02095>
- Silva, M. E. P. I., & Silva, A. D. A. E. (2021). Conhecimento dos Enfermeiros sobre Avaliação da Dor no Recém-nascido. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2(4), 165–165. <https://doi.org/10.51161/rem/2601>
- Squizato, L., Silva, A., Martinelle, E., Machineski, G., Toso, B., & Viera, C. (2023). Maternal Self-efficacy for Premature Newborn Care and Breastfeeding. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.91122>
- Stock, A., Hill, A., & Babl, F. E. (2012). Practical communication guide for paediatric procedures. *Emergency Medicine Australasia*, 24(6), 641–646. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2012.01611.x>

- Suris, J.-C., Michaud, P.-A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89(10), 938–942. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.045369>
- Tomás, S. G., Silva, S., Marques, G., Fernandes, R., & Barcelos, O. (2023). ESTRATÉGIAS PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. *Jornal de Investigação Médica (JIM)*, 4(1), 133–141. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.741>
- Toronto, C. E., & Remington, R. (Eds.). (2020). *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>
- Tubbs-Cooley, H. L., Carle, A. C., Mark, B. A., Gurses, A. P., Pickler, R. H., Hall, P. D., & Bartman, T. (2025). Nurse Workload and Missed Nursing Care in Neonatal Intensive Care Units. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.3647>
- Varandas, M. de L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: A necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 22(22). <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/3286>
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Ventura, J. (2024). *Métodos de Trabalho dos Enfermeiros no Contexto Hospitalar: Contributos para a Qualidade e Segurança dos Cuidados* [Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/161758/2/689661.pdf

- Vittner, D., Butler, S., Lawhon, G., & Buehler, D. (2025). The newborn individualised developmental care and assessment program: A model of care for infants and families in hospital settings. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *114*(4), 743–751. <https://doi.org/10.1111/apa.17300>
- Walker, S. M. (2014). Neonatal pain. *Paediatric Anaesthesia*, *24*(1), 39–48. <https://doi.org/10.1111/pan.12293>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1997). *Pragmática da Comunicação Humana: Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. Cultrix.
- White, A., & Parnell, K. (2013). The transition from tube to full oral feeding (breast or bottle) – A cue-based developmental approach. *Journal of Neonatal Nursing*, *19*(4), 189–197. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2013.03.006>
- Xyrichis, A., & Rose, L. (2024). Interprofessional collaboration in the intensive care unit: Power sharing is key (but are we up to it?). *Intensive and Critical Care Nursing*, *80*, 103536. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103536>

APÊNDICES

APÊNDICE I

SONO E REPOUSO NO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA NEONATOLOGIA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Escola de Enfermagem - Porto

SONO E REPOUSO NO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA NEONATOLOGIA

Professora Orientadora: Professora Isabel Quelhas

Aluna: Marina Salvador

Porto, Outubro de 2024

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Escola de Enfermagem - Porto

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

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO E RELATÓRIO FINAL

SONO E REPOUSO NO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA NEONATOLOGIA

Professora Orientadora: Professora Isabel Quelhas

Aluna: Marina Salvador

Porto, Outubro de 2024

SUMÁRIO

1. Introdução	5
2. Diagnóstico de Situação.....	6
3. Enquadramento Teórico	8
3.1. O Contributo do NIDCAP	9
4. Objetivos do Cartaz.....	11
5. População Alvo	12
6. Recursos	13
7. Avaliação	14
8. Referências Bibliográficas	15
Apêndices	17

1. INTRODUÇÃO

O projeto que se apresenta de seguida, insere-se na Unidade Curricular de “Estágio e Relatório Final”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa (Porto), no ano letivo de 2024/2025. Um dos componentes desta Unidade Curricular é o estágio numa Unidade de Neonatologia, que decorre de 2 de Setembro a 12 de Outubro.

A Neonatologia apresenta-se como um espaço de cuidados especializados e específicos, dirigidos a uma população vulnerável que são os bebés. Neste estágio, e também pela minha prática profissional, foi possível comprovar a dificuldade que é congregiar cuidados necessários à sobrevivência e estabilidade de um bebé, juntamente com a necessidade de proteção do seu neurodesenvolvimento. E se profissionais sentem constantemente esta dificuldade, conseguimos apenas imaginar o quão difícil poderá ser para os pais observarem todo o movimento em redor do seu bebé, que de repente se transforma em acalmia e de repente se transforma, novamente, em azáfama. Cabe-nos a nós enfermeiros, profissionais de saúde, incluir os pais na realidade de cada bebé e transmitir-lhes conceitos e estratégias de forma a muni-los de empoderamento capazes de cuidarem do seu bebé, apesar deste se encontrar internado. Neste sentido, foi pensada, delineada e estruturada a estratégia que aqui se apresenta para que, de alguma forma, os pais compreendam ainda melhor a necessidade de respeito pelos momentos de sono do seu bebé.

O presente documento inicia-se com esta introdução onde é apresentado o âmbito do documento e os seus objetivos, bem como a sua estrutura e conteúdos. De seguida, no capítulo 2, faz-se referência à identificação da necessidade e à estratégia utilizada para a mesma. O capítulo 3 encerra o enquadramento teórico que suporta os conteúdos da atividade/estratégia, seguindo-se os objetivos do cartaz, a sua população alvo, recursos e avaliação do mesmo, que respetivamente ocupam os capítulos seguintes. Por fim, serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas para a elaboração deste trabalho.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No decorrer do presente estágio e após alguns turnos, tive a oportunidade de observar o comportamento dos pais dos bebês internados no serviço de neonatologia.

Numa fase inicial, esse comportamento é de receio, dúvida e alguma distância. No entanto, à medida que o tempo vai passando e com o incentivo à parceria de cuidados pela equipe de enfermagem, os pais sentem uma necessidade abundante de fazer, tocar, pegar, sendo totalmente legítimo que o sintam. Nesta fase, surge a necessidade de explicar o porquê de concentrarmos os cuidados que o bebê necessita todos num só momento, a necessidade de permitirmos ao bebê repousar e dormir, quais os benefícios, o que estamos a permitir que aconteça no desenvolvimento do bebê quando não interrompemos nem permitimos que ninguém interrompa o descanso dos bebês, se não for estritamente necessário. Ou seja, juntamente à necessidade dos pais em tocar no seu bebê, temos por vezes na neonatologia um ambiente de corropio, caracterizado pela presença de vários elementos da equipa multidisciplinar, necessários para os vários cuidados dos vários bebês internados.

Deste modo, permitimos aos pais perceberem o que fazemos, porque fazemos e, também, que têm a função de supervisionar o sono do seu bebê e agir em sua “defesa” se identificarem alguma condição ambiental menos favorável ao seu descanso tranquilo.

Ao refletir conjuntamente com a Enfermeira Tutora, concordamos que seria apropriado veicular algumas das permissas relacionadas com o sono do bebê, devendo esta informação ser de fácil e frequente acesso para os pais. Neste sentido, a opção de estratégia para o alcance do pretendido recaiu sobre a elaboração de um cartaz para ser colocado na sala dos pais, onde estes conseguissem regularmente visualizar o mesmo, lembrando e alertando para a importância do respeito pelo sono e descanso do bebê internado na neonatologia.

Com esta atividade pretendo então:

- estruturar um cartaz sobre o sono do bebê internado num serviço de neonatologia;
- desenvolver competências práticas e técnicas na elaboração de cartaz didático;
- contribuir para o enriquecimento curricular do estágio de neonatologia.

Neste serviço de neonatologia, os Pais têm uma sala partilhada, designada para seu uso em momentos vários (refeições, horas de passagem de turno, pequenas pausas necessárias, etc) e onde permanecem durante algum tempo. Desta forma, concluímos que seria um local estrategicamente eficaz para a afixação desse cartaz.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O nascimento de um bebé é considerado um dos acontecimentos mais importantes na vida dos pais e da família (Pires, 2008). É geralmente vivido como fonte de grande satisfação, pela realização pessoal que promove, pelo novo significado que atribui à vida dos pais e pela aproximação que pode causar nos membros do casal e da família em geral (Diaz, 2014). Pode, no entanto, ser também uma fonte de stress, especialmente quando a situação clínica do recém-nascido implica o seu internamento numa Unidade de Neonatologia.

O internamento do bebé numa neonatologia faz com que o processo de vinculação seja interrompido, representando uma situação de mudança/crise importante para os pais, e que, segundo vários autores, adquire, com frequência, características absolutamente devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar (Pedro, 2007). A figura do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, que lida de perto com estes pais e a qualidade da comunicação estabelecida entre ambos, assumem-se como essenciais na transição para o seu papel de pais e aceitação do bebé real (Amaral, 2009).

No que se refere à interação com o bebé, enquanto este ainda é muito pequeno e imaturo, e a sua manipulação é forçosamente restringida, os enfermeiros podem ajudar os pais a utilizar o tempo que passam na Neonatologia para conhecer o filho, aprendendo a interpretar os sinais de stress e os diferentes estados comportamentais; a conhecer as posições de contenção e consolo; a reforçar a descoberta das características únicas do filho, e dos pequenos progressos (Pedro, 2007). Outra forma de empoderar os pais é trazê-los para a parceria de cuidados e apelar ao seu papel de cuidador, no sentido de zelar pelo tempo de sono tranquilo do seu bebé.

O sono apresenta um papel fundamental e preponderante no crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos. Especificamente, reveste-se de grande importância para o desenvolvimento do sistema nervoso central, particularmente das estruturas cerebrais, sistema sensorial e comportamental, sendo a sua preservação crucial (Chora, 2015).

Os recém-nascidos com necessidade de internamento na neonatologia são expostos a estímulos frequentes e interruptores do ciclo de sono, com estudos a indicar uma média de 132 a 234 interrupções do sono num período de 24 horas (Chora, 2015; Varvara, 2016). O ambiente nas UCIN é perturbador para o sono neonatal, dada a luminosidade intensa e prolongada, o ruído excessivo e as manipulações constantes decorrentes dos procedimentos invasivos e dolorosos frequentes, que se apresentam como fatores stressantes e interruptores do sono do recém-nascido (Chora, 2015). Sendo que a manutenção do ciclo de sono contribui para a manutenção da plasticidade cerebral, a privação do sono no recém-nascido apresenta um impacto negativo sobre o desenvolvimento adequado do sistema nervoso central (especialmente dos prematuros), podendo resultar em danos neurológicos e em efeitos negativos para o seu crescimento e desenvolvimento (Varvara, 2016).

Considerando a importância do sono no desenvolvimento infantil, é necessário educar os pais para esta temática e o seu impacto na vida do seu filho, ao mesmo tempo que se torna essencial, torná-los parceiros dos cuidados ao bebê, atribuindo-lhes a tarefa de cuidar do seu sono, através de estratégias que promovam e protejam esse mecanismo (Correia, 2019). Os enfermeiros desempenham um papel diferenciador neste âmbito, uma vez que acompanham continuamente e proximamente o bebê e os pais ao longo de todo o internamento. Deste modo, conseguem incluir os pais no processo de conhecer o seu bebê, os seus ritmos, as suas necessidades e o seu sono.

Os pais, ao serem sensibilizados para a importância do sono no bebê e para a influência do meio ambiente nesse processo, interiorizam a necessidade de eles próprios também não contribuírem para a interrupção do processo de descanso. Conseguimos, assim, a colaboração dos pais neste processo e, acima de tudo, que os mesmos compreendam a necessidade de ausência de estímulos que o seu bebê necessita para poder concluir o seu sono reparador.

3.1. O CONTRIBUTO DO NIDCAP

O programa NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) constitui um programa individualizado de cuidados com base na observação do bebê (especialmente prematuros), durante todo o período de internamento e considera o seu comportamento como a peça chave de avaliação do nível de maturação neurocomportamental. O bebê é observado nos seus comportamentos e reações antes, durante e após os momentos de cuidados e interação com profissionais e/ou pais. De acordo com as necessidades específicas de cada bebê e com as capacidades alcançadas e emergentes, os pais são aconselhados pela equipa sobre como interagir com o seu bebê para que a individualização do plano de cuidados possa ser posteriormente implementada (Sannino, 2016).

Este programa permite a formulação de um plano de cuidados individualizado, que melhora e fortalece as forças do bebê e que o suporta em situações de sensibilidade e vulnerabilidade. O objectivo deste programa individualizado de cuidados centrado no desenvolvimento é melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e família.

Assegurar aos pais que eles são os principais cuidadores da criança, que são os primeiros a providenciar carinho e atenção, constituem factores críticos para o desenvolvimento futuro do bebê. O ambiente da neonatologia deve favorecer o acompanhamento dos pais, em vez do ambiente médico intensivo onde os pais são meros visitantes. Os cuidados, segundo o programa NIDCAP, devem ser centrados no neurodesenvolvimento do bebê, mas também, devem ser centrados na família, como cuidador principal do seu bebê (Santos, 2011).

4. OBJETIVOS DO CARTAZ

Com a elaboração e afixação deste cartaz na sala dos pais do serviço de neonatologia, pretende-se que os mesmos sejam capazes de interiorizar a necessidade de respeito pelos períodos de descanso dos bebés, tendo em conta a sua situação de especial complexidade. Tal facto, não impossibilita presença e/ou contacto dos pais com o seu bebé.

Como objetivos específicos, pretende-se que os pais:

- compreendam a importância do sono do bebé internado na neonatologia;
- identifiquem os comportamentos apropriados a adotar quando estão junto do seu bebé;
- identifiquem as características do ambiente promotoras do sono do bebé na neonatologia.

5. POPULAÇÃO ALVO

A população alvo são todos os pais de bebés internados no serviço de Neonatologia de um Hospital Central, do Norte de Portugal.

6. RECURSOS

Para esta atividade, será impresso um cartaz em tamanho a designar (conforme o mais adequado para aquela sala) que será afixado numa parede da sala de Pais, do serviço de Neonatologia.

Neste serviço de neonatologia, os Pais têm uma sala partilhada, designada para seu uso em momentos vários (refeições, horas de passagem de turno, pequenas pausas necessárias, etc).

7. AVALIAÇÃO

O efeito desta atividade pretende-se que seja perpetuado no tempo, constituindo um foco de atenção não só aos Pais que se encontram neste momento a utilizar a sala em que o cartaz irá ser afixado, mas também aqueles que no futuro por lá venham a passar.

No sentido de obter feedback do efeito da afixação deste cartaz nos pais dos bebés internados no serviço de Neonatologia, foi combinado com a Enfermeira Tutora e Enfermeira Gestora do serviço, que iriam incentivar as equipas a questionar os pais sobre o mesmo, fazendo assim uma breve conclusão sobre o seu impacto e importância para quem vê. Tal estratégia irá permitir uma avaliação mais realista do impacto desta atividade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, N. (2009). Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-nascidos Prematuros Internados: A Visão das Enfermeiras. Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20148>
- Chora, M. & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. *RIASE*, 1, 3. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).357](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).357)
- Correia, A. & Lourenço, M. (2019). Promoção do Sono em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Scoping Review. *Enfermeria Global*, nº57 (Janeiro), 544-560. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941>
- Diaz, Z. M.; Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos Pais com Bebés Internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, edição 3, IV série. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>
- Pedro, S. I. F. (2007). Envolvimento Parental numa UCIN: Necessidades Emergentes. Repositório de ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/771>
- Pires, A. S. R. (2008). Estudo da Conjugalidade e da Parentalidade Através da Satisfação Conjugal e da Aliança Parental. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/820>
- Sannino, P.; Gianni, M.; Bom, G.; Fontana, C.; Picciolini, O.; Plevani, L.; Fumagalli, M.; Consonni, D. & Mosca, F. (2016). Support to mothers of premature babies using NIDCAP method: a non-randomized controlled trial. *Elsevier*, 95 (Abril), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.01.016>
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma Filosofia de Cuidados. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XX, 1, 26-31. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>
- Varvara, B.; Effrossine, T.; Despoina, K.; Konstantinos, D. & Matziou, V. (2016). Effects of Neonatal Intensive Care Unit Nursing Conditions in Neonatal NREM Sleep. *Journal of Neonatal Nursing*, 22, 3 (Junho), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.11.004>

APÊNDICE

CARTAZ



O Sono do Bebê na Neonatologia

Como Posso Ajudar?

Interagir com o bebê quando acordado

Evitar bater na incubadora

Reduzir as luzes

Embrulhar o bebê

Trocar as 'festinhas' pela contenção

Reduzir os ruídos

Método Canguru

Cotocar o telemóvel em silêncio

Diminuir o tom de voz

Participar nos cuidados ao bebê

Não acordar o bebê fora da hora dos cuidados

“O sono é vital para o crescimento e desenvolvimento do cérebro”

Marina Salvador
Estudante Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

 **CATOLICA**
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

AVALIAÇÃO

Seis meses após a afixação do cartaz na sala dos pais, o feedback obtido foi o seguinte:

1. Alguns pais referem que “o cartaz ajudou a perceber qual o comportamento mais adequado para termos lá dentro”
2. Alguns enfermeiros relataram que quando em conversa com os pais alguns diziam “isso é o que está naquele cartaz na nossa salinha, lembro-me disso”
3. A enfermeira tutora que refere que o cartaz ajudou a tornar o espaço mais acolhedor e com algum propósito

APÊNDICE II

HIGIENE ORAL EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Escola de Enfermagem - Porto

HIGIENE ORAL EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

- FORMAÇÃO A PARES -

Professora Orientadora: Professora Isabel Quelhas

Aluna: Marina Salvador

Porto, Fevereiro de 2025

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Escola de Enfermagem - Porto

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

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO E RELATÓRIO FINAL

HIGIENE ORAL EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

- FORMAÇÃO A PARES –

Professora Orientadora: Professora Isabel Quelhas

Aluna: Marina Salvador

Porto, Fevereiro de 2025

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UC **Unidade Curricular**

DGS **Direção Geral de Saúde**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	Erro! Marcador não definido.
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	Erro! Marcador não definido.
OBJETIVOS DA SESSÃO.....	Erro! Marcador não definido.
POPULAÇÃO ALVO	Erro! Marcador não definido.
ESTRATÉGIAS E RECURSOS.....	Erro! Marcador não definido.
AValiação.....	Erro! Marcador não definido.
PLANO DA SESSÃO.....	Erro! Marcador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICES.....	Erro! Marcador não definido.

I. APRESENTAÇÃO

II. Avaliação da Sessão

INTRODUÇÃO

O presente documento insere-se na Unidade Curricular de “Estágio e Relatório Final”, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa (Porto), no ano letivo de 2024/2025, sob orientação da Professora Isabel Quelhas.

Uma parte desta UC, 180h mais precisamente, decorrem num contexto de internamento de pediatria médica. Neste serviço, a equipa de enfermagem desenvolveu uma iniciativa intitulada “Jornal Club”, que visa a partilha de conhecimento entre os enfermeiros do serviço, realizando um encontro mensal para a discussão de conteúdo científico pertinente para a prática de enfermagem.

Neste âmbito, tornou-se pertinente integrar esta iniciativa durante o período de estágio, e realizar uma apresentação para uma sessão do *Jornal Club*, de forma a contribuir, não só para a referida atividade, mas também para os meus objetivos formulados para o estágio, nomeadamente, o “Desenvolver competências no domínio da formação de pares, de acordo com as necessidades identificadas” e, também, o “Promover a prática baseada na evidência e a utilização do pensamento crítico”.

O Enfermeiro especialista “*alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação*” (competências comuns do enfermeiro especialista). Dentro desta competência, insere-se a responsabilização por ser um facilitador da aprendizagem e o dever de suportar a prática clínica em evidencia científica, aspetos que se inserem nos meus objetivos já apresentados, tornando pertinente a realização desta formação.

Para a realização desta formação, identifiquei logo nos primeiros turnos de contacto com os cuidados, o elevado número de crianças internadas, especialmente crianças com défices neurológicos e altos níveis de dependência. Uma das necessidades de atualização de conhecimento identificada, e feito em conjunto com a enfermeira tutora, recaiu sobre as melhores práticas nos cuidados de higiene oral a crianças hospitalizadas, mais especificamente, crianças criticamente doentes e dependentes no seu autocuidado. Identificada, esta necessidade, foi consultada a equipa responsável pelo *Jornal Club*, tendo validado a temática que visa o incremento de conhecimento sobre os procedimentos mais adequados na prestação de cuidados orais a crianças hospitalizadas.

Este documento está organizado da seguinte forma: a presente introdução; um enquadramento teórico ao tema da sessão com a informação encontrada mais adaptada ao

contexto; uma descrição e caracterização da ação de formação, evidenciando os objetivos da sessão, a população alvo, estratégias e recursos e, por fim, avaliação; o plano da sessão; as referências bibliográficas e os apêndices (apresentação power point e questionário de avaliação da sessão).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A higiene oral é um componente essencial dos cuidados de saúde infantil, especialmente em crianças hospitalizadas, devido ao seu papel na prevenção de infeções e na promoção do bem-estar geral. No entanto, a hospitalização pode comprometer as rotinas de higiene oral, resultando em práticas inadequadas e aumento do risco de complicações orais (Johnstone, Spence, & Koziol-McClain, 2010).

Estudos indicam que uma percentagem significativa de crianças internadas não realiza a higiene oral de forma regular durante o período da hospitalização. Por exemplo, uma pesquisa revelou que quase metade dos pacientes pediátricos hospitalizados não efetuava a higiene oral durante o internamento (Melo, et al., 2017). Outro facto preocupante, segundo Melo 2019, é o, quase, inexistente investimento realizado pelas equipas de saúde na monitorização da saúde oral e da orientação em cuidados de higiene oral, a crianças hospitalizadas.

A ausência de cuidados adequados com a saúde oral em crianças hospitalizadas, está associada a um maior risco de infeções orais e sistémicas, incluindo cáries dentárias, gengivite e outras complicações (Ximenes, et al., 2008).

A equipa de enfermagem desempenha um papel crucial na promoção da saúde oral em ambiente hospitalar. No entanto, estudos apontam que, em muitos casos, os cuidadores das crianças (na sua maioria, os pais) não recebem orientações adequadas sobre higiene oral por parte dos profissionais de saúde. Segundo uma pesquisa, apenas 21,4% dos pais relataram ter recebido instruções da equipa de enfermagem sobre práticas de higiene oral (Ullman, et al., 2011).

É imperativo que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, estejam capacitados para integrar a higiene oral na prática diária dos seus cuidados.

No entanto, para atingirem este objectivo, os enfermeiros necessitam de procurar o conhecimento mais actual, baseado em evidência. Esta mostra-nos que as práticas de cuidados orais permaneceram praticamente inalteradas nos últimos 120 anos. Por outras palavras, apesar da evidência existente demonstrar que a escovagem dos dentes é preferível em detrimento da limpeza com esponjas, estudos indicam que os enfermeiros continuam a preferir o uso de esponjas para cuidados orais em crianças hospitalizadas (Williams, 2016).

A finalidade deste trabalho é, então, promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem sobre higiene oral em crianças hospitalizadas, utilizando a evidência científica disponível.

HIGIENE ORAL EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

As crianças com doença aguda ou gravemente doentes podem não ter capacidade para manter uma boa higiene oral nem uma produção de saliva normal (xerostomia), devido a vários factores: sedação, restrição de fluidos, ausência de ingestão oral de líquidos ou sólidos e administração de medicação que podem exacerbar a xerostomia, aumentando ainda mais o risco de infecção pulmonar ou sistémica, devido à colonização por agentes patogénicos da via aérea nestas crianças (Grady, et al., 2024).

1. AVALIAÇÃO

Todos os momentos de prática de cuidados de higiene oral devem ser precedidos de uma avaliação adequada da cavidade oral, incluindo os lábios.

Johnstone, et al., adaptou a mnemónica *BRUSHED*, desenvolvida por Hayes & Jones em 1995, para *BRUSHED Teeth* (tabela 1), como um instrumento orientador da avaliação oral (aspectos a inspeccionar durante a avaliação). Segundo Johnstone, et al., a realização de uma avaliação oral sistemática, constitui uma prática baseada em evidência, essencial para a identificação precoce de possíveis alterações e para a realização de cuidados seguros, garantindo a optimização da saúde oral e a prevenção de complicações. Esta avaliação deve ser realizada a cada 12 horas, podendo ser aumentada a sua frequência em caso de maior risco associado, com a cabeceira da cama levantada a 30° se possível (15-30° em neonatos).

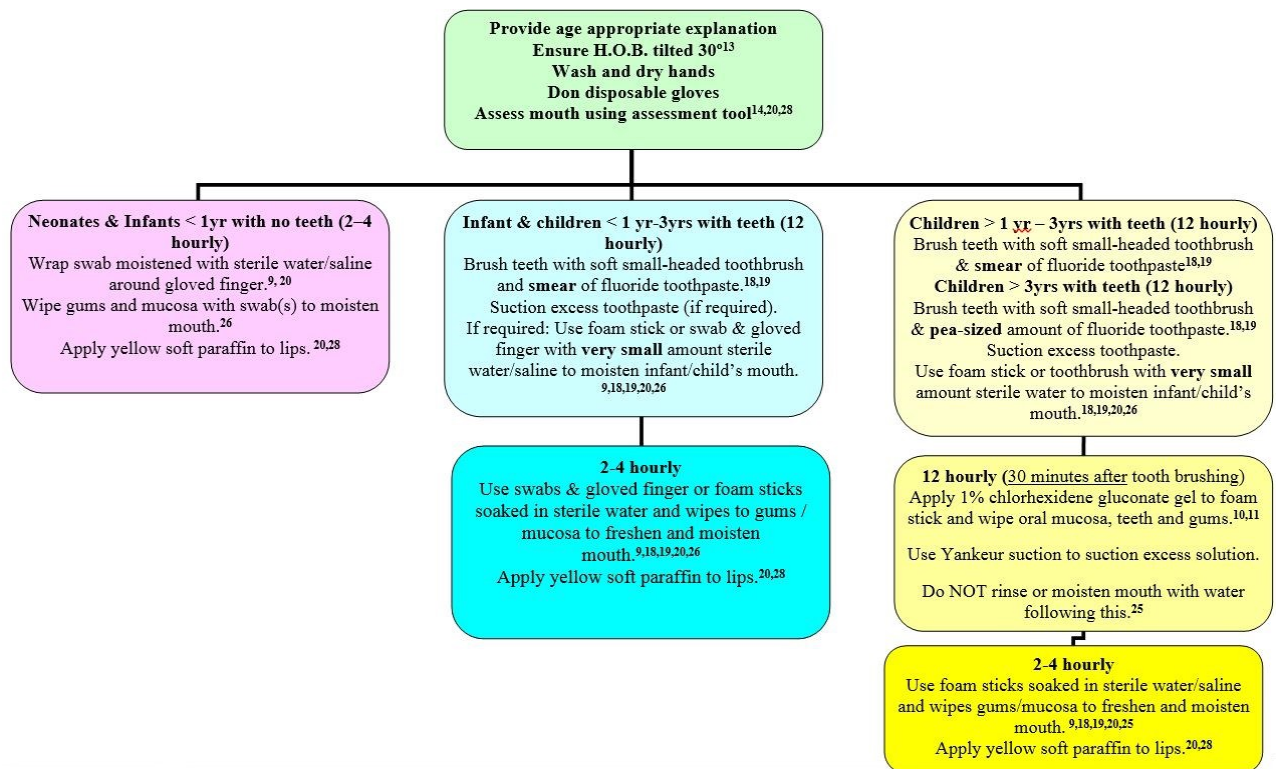
<i>BRUSHED Teeth</i>	
B – Bleeding (hemorragia)	Gengivas, mucosa, palato, coagulação
R – Redness (rubor)	Gengivas, inflamação, palato, língua, lábios
U – Ulceration (úlceras)	Tamanho, forma, número, localização, sinais de infecção
S – Saliva	Consistência e tipo de produção (aumentada ou diminuída)
H – Halitosis (hálito)	Características (acidótico, infecção)
E – External factors (factores externos)	Próteses, dispositivos médicos
D – Debris (detritos)	Placa bacteriana, resíduos
T – Teeth (dentes)	Integridade, edema, dentes decíduos em decadência

Johnstone, et al., alerta para o facto de haver uma necessidade de pesquisa e validação desta ferramenta, validando a sua eficácia e eficiência na prática.

Após a correta avaliação da cavidade oral, deve ser devidamente documentada e ser a base para a tomada de decisão sobre o melhor procedimento de higiene a adotar para cada criança.

2. PROCEDIMENTO

Na revisão de protocolos realizada por Grady, et al., enfermeira numa unidade de cuidados intensivos pediátricos em Glasgow, é evidenciado o seguinte fluxograma, como guia para os cuidados de higiene orais a crianças hospitalizadas. Este fluxograma reúne num só os dois fluxogramas desenvolvidos por Johnstone, et al. em 2010, um para crianças em ventilação invasiva ou com score da Escala de Coma de Glasgow diminuído e outro para crianças hospitalizadas sem comprometimento do seu nível de consciência nem da sua alimentação oral.



Resumidamente, a prática a adotar irá depender diretamente da idade da criança e do estadió da sua erupção dentária.

A mesma publicação, emerge com algumas considerações gerais, aplicáveis a todas as crianças:

- Na utilização da escova de dentes, a mesma deve ser posicionada num ângulo de 45° e a escovagem deve ser suave e com movimentos circulares/elíticos;
- Na presença de hemorragia gengival ativa ou quando o risco de hemorragia é alto ou se a criança não tolera o uso de escova de dentes com dentífrico, deve ser utilizada uma esponja de higiene oral com água esterilizada;
- As esponjas de espuma devem ser utilizadas em movimentos circulares;
- Aplicar lubrificante nos lábios, aumentando a sensação de conforto da criança e prevenindo a desidratação e o risco de fissura.

Nos artigos encontrados, por não ser clara a informação sobre a quantidade a utilizar de dentífrico fluoretado nem sobre a concentração de flúor recomendada, foram consultadas as recomendações emanadas pela DGS através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (DGS, 2005), que são:

- nascimento aos 3 anos de idade - a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente, utilizando um dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm, na quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança;
- dos 3 aos 6 anos de idade - a escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm deve ser efectuada duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar (a quantidade de dentífrico mantém-se na proporção do tamanho da unha do 5º dedo da mão da própria criança);
- mais de 6 anos - escovar os dentes com um dentífrico fluoretado com 1000 e 1500 ppm, numa quantidade aproximada a 1cm, duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente antes de deitar.

OBJETIVOS DA SESSÃO

Com esta sessão do *Journal Club* pretendo atingir os seguintes objetivos:

- incentivar a discussão sobre as práticas de higiene oral a crianças hospitalizadas;
- promover a prática baseada na evidência e a utilização do pensamento crítico;
- promover um momento de partilha de conhecimento;
- promover a adoção de novas práticas.

POPULAÇÃO ALVO

Esta sessão tem como população alvo todos os enfermeiros integrantes da equipa do internamento de pediatria médica.

ESTRATÉGIAS E RECURSOS

Esta sessão irá ser realizada através de exposição oral, com recurso a apresentação digital (formato *PowerPoint*), através da plataforma *Zoom*.

Para esta sessão, serão necessários os seguintes recursos:

- Humanos – Professora Isabel Quelhas e Enfermeira ESIP [REDACTED], para orientação e validação dos conteúdos a veicular, e Marina Salvador como formadora;
- Físicos – espaço de trabalho/domicílio de formadores e formandos para sessão online;
- Materiais – computador com acesso a internet.

AVALIAÇÃO

A avaliação da sessão será realizada pelos formandos, através do preenchimento de um questionário (formato *Google Forms*).

PLANO DA SESSÃO

Plano da Sessão de <i>Jornal Club</i>				
Tema: Cuidados de higiene oral a crianças hospitalizadas				
Data: 25.02.2025	Hora: 16.00h	Duração: 60min		
Modalidade: Online, plataforma <i>Zoom</i>				
População alvo: Enfermeiros do Internamento de Pediatria Médica				
Professora orientadora: Professora Isabel Quelhas				
Enfermeira Tutora: Enfermeira ESIP [REDACTED]				
Formador: Marina Salvador				
Objetivos da Sessão:				
<ul style="list-style-type: none"> • incentivar a discussão sobre as práticas de higiene oral a crianças hospitalizadas • promover a prática baseada na evidência e a utilização do pensamento crítico • promover um momento de partilha de conhecimento • promover a adoção de novas práticas 				
Fases	Conteúdo	Método	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acolhimento ✓ Apresentação da formadora ✓ Contextualização do tema ✓ Objetivos 	Expositivo com uso de PowerPoint	Computador	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Importância da higiene oral ✓ Práticas de higiene oral em crianças hospitalizadas ✓ Evidência encontrada ✓ Avaliação e procedimentos de higiene oral em crianças hospitalizadas (fluxograma) ✓ Considerações globais e orientações da DGS 	Expositivo com uso de PowerPoint Abrir espaço para discussão e reflexão sobre o conteúdo apresentado	Computador	40 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntese dos principais conteúdos abordados; 	Expositivo com uso de PowerPoint	Computador	10 min

	<ul style="list-style-type: none">✓ Esclarecimento de questões;✓ Avaliação da sessão;✓ Encerramento.	Espaço de discussão de reflexões		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS. 2005. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL. *MINISTÉRIO DA SAÚDE*. LISBOA : S.N., 2005. 3.

Grady, Jeanette, Pollock, Gillian e Wilson, Nicola. 2024. Oral Hygiene for the Highly Dependente or Critically Ill Infant or Child. *NHS Greater Glasgow and Clyde - Paediatrics for Health Professionals*. 2024.

Johnstone, Lisa, Spence, Deb e Koziol-McClain, Jane. 2010. Oral Hygiene Care in the Pediatric Intensive Care Unit: Practice Recommendations. *Continuing Nursing Education*. Mar/Abr de 2010, Vol. 36, 2, pp. 85-95.

Melo, Niebla Bezerra de, et al. 2017. Saúde bucal de crianças e adolescentes hospitalizados: desafios e perspectivas. *Arch Health Invest*. Jun de 2017, 6, pp. 264-268.

Ullman, Amanda, Long, Debbie e Lewis, Peter. 2011. The Oral Health of Critically Ill Children: an Observational Cohort Study. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, 20, pp. 3070-3080.

Williams, Lori. 2016. Benefits of Oral Care for Acute and Critically Ill Children. *Advanced Critical Care*. 2016, Vol. 27, 3, pp. 269-273.

Ximenes, Rosana Christine, Aragão, Débora Santos e Colares, Viviane. 2008. Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*. Jan/Abr de 2008, Vol. 49, 1, pp. 21-25.

APÊNDICES

I – APRESENTAÇÃO

Jornal Club – Sessão 28ª (02.2025)



Higiene Oral
em
Crianças Hospitalizadas

Marina Salvador (Aluna MESIP)

Orientação:
Enfª ESIP [REDACTED]
Professora Isabel Quelhas

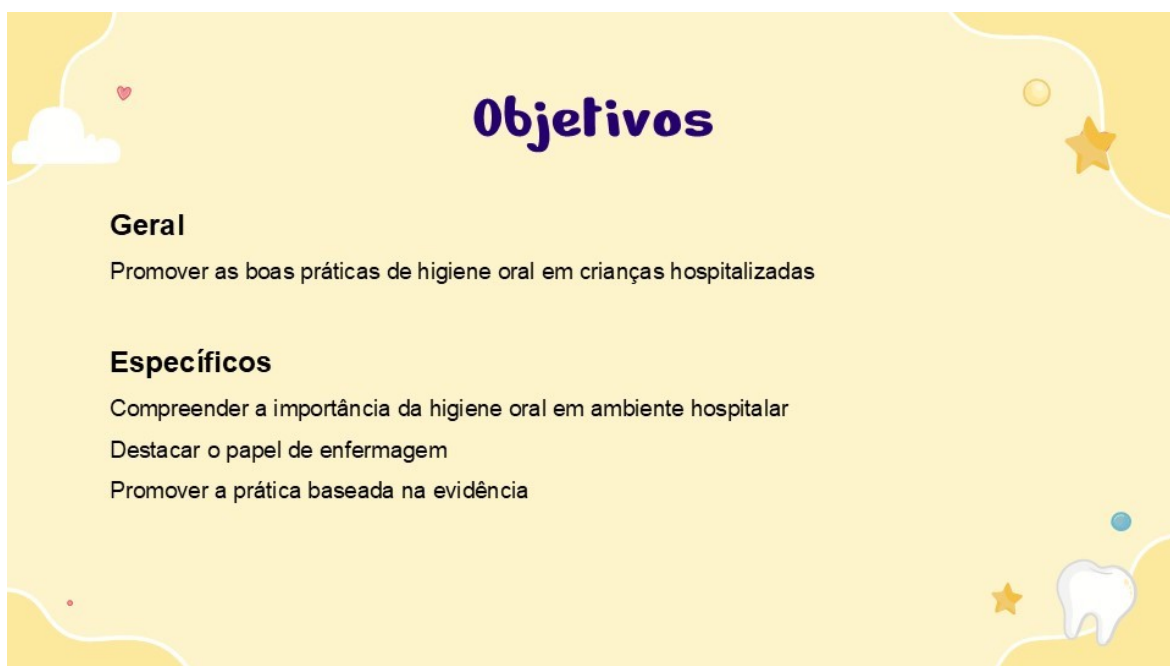
Pediatria Médico – [REDACTED]

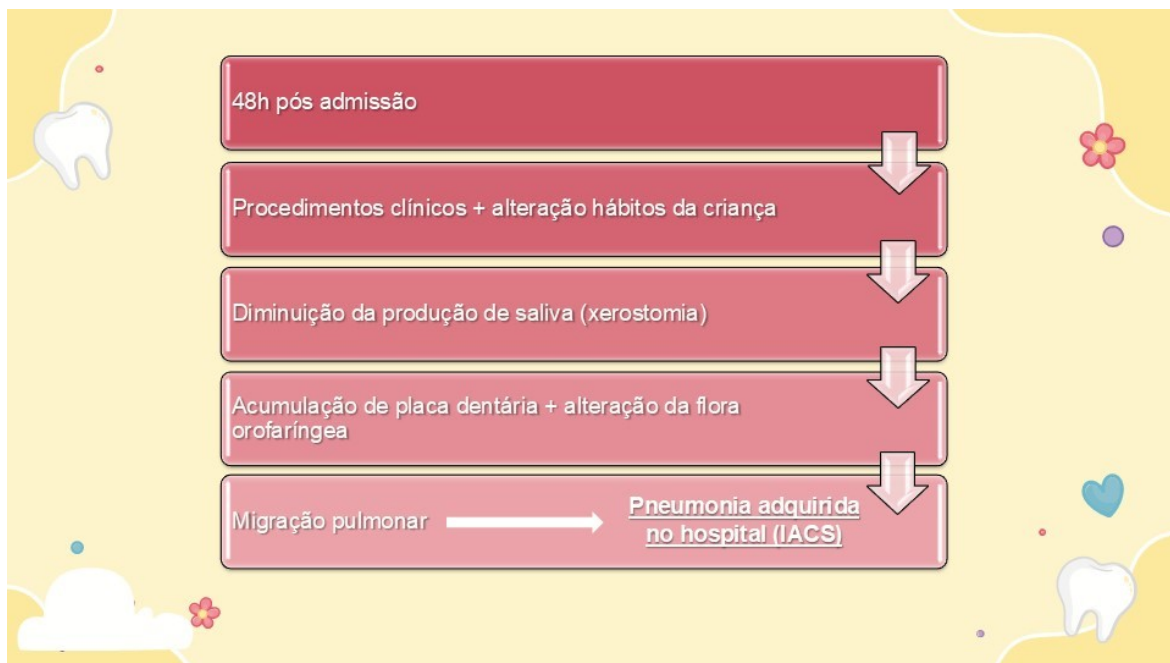


Sumário



Introdução Objetivos Importância da higiene oral	1	3	Higiene Oral no Hospital Avaliação da cavidade oral Procedimento de higiene oral
Evidência Científica Artigos encontrados 2009 vs 2024	2	4	Conclusão





2 Evidência Científica

The section header features the number '2' inside a purple circle, followed by the text 'Evidência Científica' in a bold, purple font. Below the text is a stylized illustration of an open book with white pages and a purple cover. The background is yellow with decorative elements like a tooth, a flower, a heart, and a cloud.

Sendo os cuidados de higiene oral uma responsabilidade de enfermagem, Johnstone et al. em 2009 identificaram num grupo de enfermeiros estudados que:

- estes reconhecem a importância dos cuidados orais, sentindo necessidade de mais formação e protocolos sobre o tema
- existe uma grande variedade de práticas neste tema sem critérios bem definidos associados
- há uma inconsistência nos cuidados de higiene oral
- consideram não ter o material necessário para prestarem cuidados de higiene oral adequados



Em 2016, Lori Williams, mostra-nos que as práticas de cuidados orais permaneceram praticamente inalteradas nos últimos 120 anos. Por exemplo, apesar da evidência existente demonstrar que a escovagem dos dentes é preferível em detrimento da limpeza com esponjas, os enfermeiros continuam a preferir o uso de esponjas para cuidados orais em crianças hospitalizadas

Em 2017, Niebla Melo, concluiu que quase metade das crianças hospitalizadas não efetuava cuidados de higiene oral durante o internamento



Artigos de Destaque

2009

Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: Practice recommendations

Article in Pediatric Nursing - November 2009
Source: PubMed

2024

Oral hygiene for the highly dependent or critically ill infant or child



[GGC Paediatric Guidelines \(/ggc-paediatric-guidelines/\)](#)

[NHS GGC \(https://rightdecisions.scot.nhs.uk/organisations/organisation?name=nhs-ggc\)](https://rightdecisions.scot.nhs.uk/organisations/organisation?name=nhs-ggc)

3

Higiene Oral no Hospital

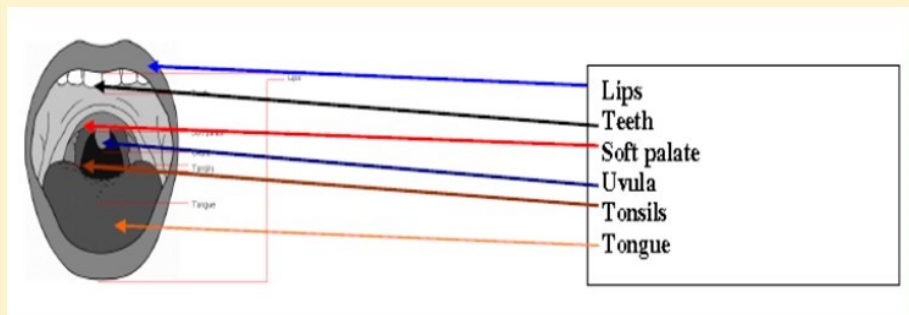
Os dois artigos preconizam que todos os momentos de higiene oral devem ser precedidos de uma AVALIAÇÃO detalhada da cavidade oral

2009

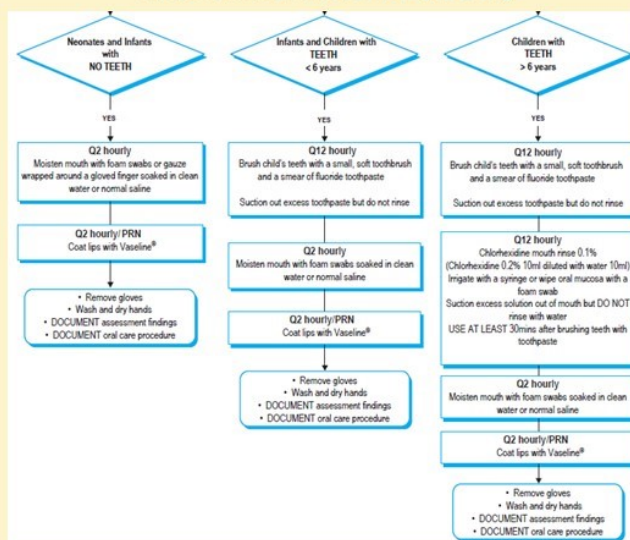
BRUSHED Teeth	
B – Bleeding (hemorragia)	Gengivas, mucosa, palato, coagulação
R – Redness (rubor)	Gengivas, inflamação, palato, língua, lábios
U – Ulceration (úlceras)	Tamanho, forma, número, localização, sinais de infecção
S – Saliva	Consistência e tipo de produção (aumentada ou diminuída)
H – Halitosis (hálito)	Características (acidótico, infecção)
E – External factors (fatores externos)	Próteses, dispositivos médicos
D – Debris (detritos)	Placa bacteriana, resíduos
T – Teeth (dentes)	Integridade, edema, dentes deciduos em decadência

2024

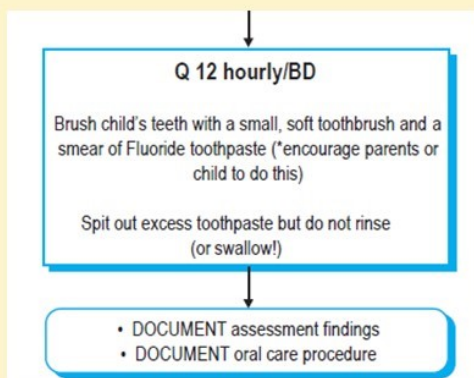
Tongue	Palate – hard & soft palate
Saliva	Mucus membranes/Lips
Gums	Teeth
Coated or discoloured mucus membranes	Infected mouth and lips – E.g. candida or herpes simplex
Dry cracked lips and dry mucus membranes	Bleeding mucus membranes



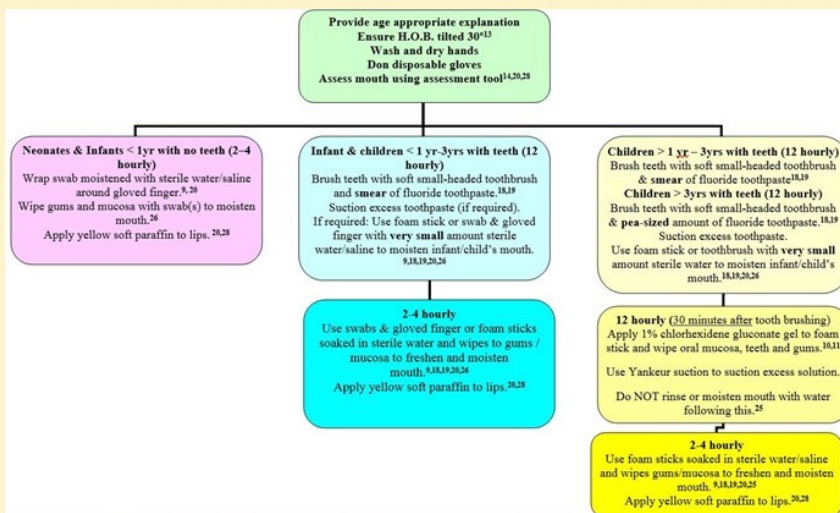
Procedimento Para Crianças com ECG baixo e/ou Não Alimentadas (2009)



Procedimento Para Crianças Conscientes e Alimentadas (2009)



Procedimento Standard (2024)



Considerações Gerais

- A avaliação da cavidade oral deve ser realizada pelo menos a cada 12h, com a cabeceira a 30° (15-30° neonatos)
- Quando detetada hemorragia ou o risco é alto, deve ser usada uma esponja de higiene oral com água esterilizada
- A escova deve ser utilizada num ângulo de 45° com a superfície dentária, em movimentos elíticos suaves
- A esponja de higiene oral deve ser utilizada em movimentos circulares
- O uso de pasta dentífrica fluoretada está associada à redução de caries em crianças



Considerações Gerais



- Enxaguar a boca com água após a escovagem diminui a absorção de fluor e a prevenção de caries
- Preconiza-se exteriorizar excesso presente na boca após a lavagem, em vez de enxaguar
- O uso de elixir com clorexidina é ativamente eficaz contra microrganismos gram positivos e negativos (mínimo de 30min de intervalo desde o uso de pasta dentífrica e para maiores de 6 anos)
- Os dois artigos sugerem aplicar parafina nos lábios para prevenir dano e para maior conforto



Curiosidade



Dois estudos randomizados realizados num UCI cardiorácicos de adultos, mostraram que o uso de elixir com clorexidina duas vezes ao dia em combinação com escovagem dos dentes também duas vezes ao dia, diminui significativamente:

Infeções associadas aos cuidados de saúde

Incidência de infeções do trato respiratório

Necessidade de antibioterapia endovenosa



Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - DGS -

- A escovagem deve ser iniciada após a erupção do primeiro dente
- O dentífrico deve ser fluoretado numa concentração de 1000-1500 ppm
- Quantidades de dentífrico:
 - Nascimento aos 6 anos - idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança
 - Mais de 6 anos - quantidade aproximada a 1cm
- A escovagem dos dentes deve ser realizada duas vezes ao dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar

4

Conclusão

As práticas de cuidados de higiene oral protocolados, têm o potencial de contribuir para uma melhoria do estado de saúde geral e da saúde oral das crianças hospitalizadas

Os pais e as crianças com capacidade para o realizar, devem ser encorajados a participar nestes cuidados sempre que possível, promovendo a sua autonomia

A equipa de enfermagem desempenha um papel crucial na promoção da saúde oral em ambiente hospitalar



5

Referências Bibliográficas



DGS. 2005. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Ministério da Saúde. Lisboa : s.n., 2005. 3.

Grady, Jeanette, Pollock, Gillian e Wilson, Nicola. 2024. Oral Hygiene for the Highly Dependent or Critically Ill Infant or Child. NHS Greater Glasgow and Clyde - Paediatrics for Health Professionals. 2024.

Johnstone, Lisa, Spence, Deb e Koziol-McClain, Jane. 2010. Oral Hygiene Care in the Pediatric Intensive Care Unit: Practice Recommendations. Continuing Nursing Education. Mar/Abr de 2010, Vol. 36, 2, pp. 85-95.

Melo, Niebla Bezerra de, et al. 2017. Saúde bucal de crianças e adolescentes hospitalizados: desafios e perspectivas. Arch Health Invest. Jun de 2017, 6, pp. 264-268.

Williams, Lori. 2016. Benefits of Oral Care for Acute and Critically Ill Children. Advanced Critical Care. 2016, Vol. 27, 3, pp. 269-273.



II – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Jornal Club - Higiene Oral em Crianças Hospitalizadas

Data: 25 de Fevereiro de 2025, 16h | Duração: 60 minutos

Modalidade: Online

Formador: Marina Salvador (aluna do MESIP da UCP)

* Indica uma pergunta obrigatória

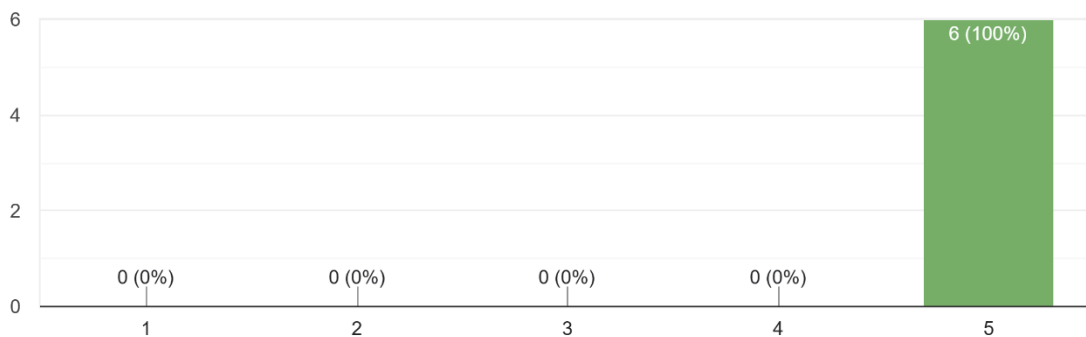
Para o preenchimento do formulário utilize a escala de 1 a 5, sendo que:

1 - discordo totalmente | 2 - discordo | 3 - não concordo nem discordo | 4 - concordo | 5 - concordo totalmente

Avaliação Global

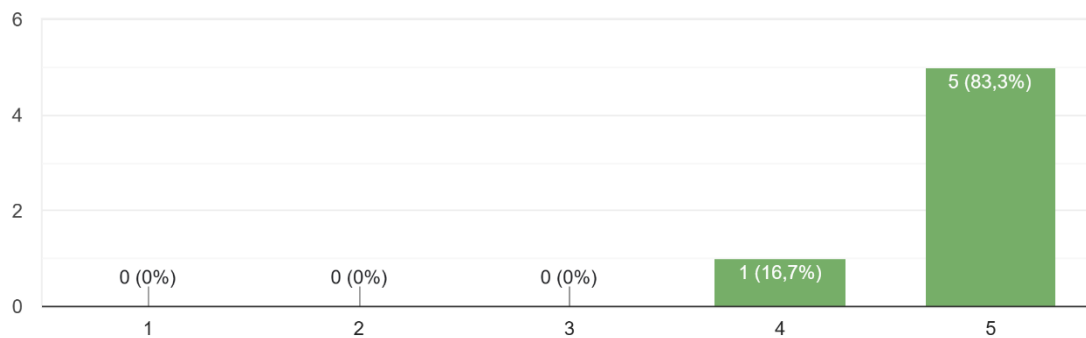
Os objetivos da formação foram claros

6 respostas



Os conteúdos foram adequados aos objetivos

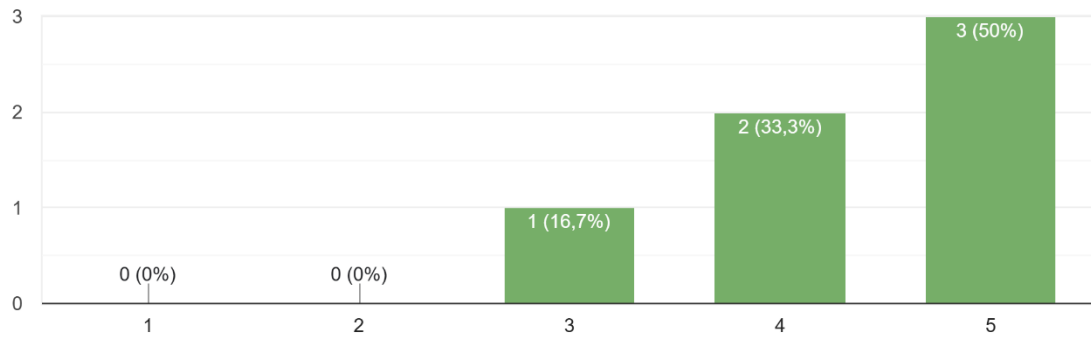
6 respostas



AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO

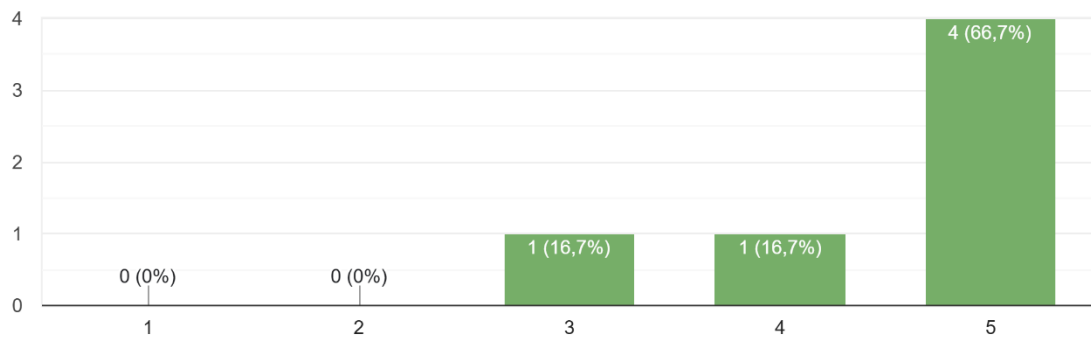
Esta formação permitiu renovar ou adquirir novos conhecimentos

6 respostas



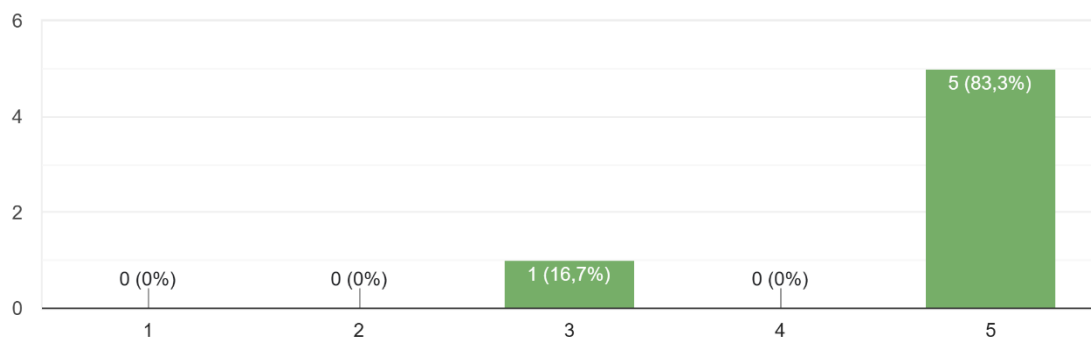
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções

6 respostas



Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho

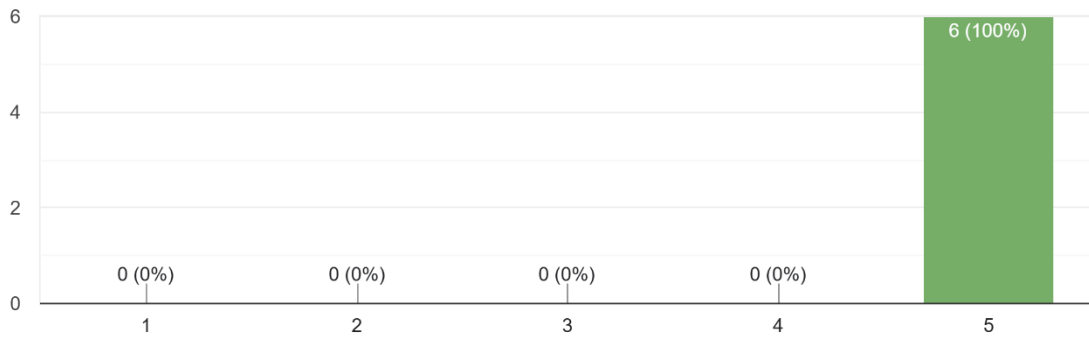
6 respostas



Avaliação do Formador

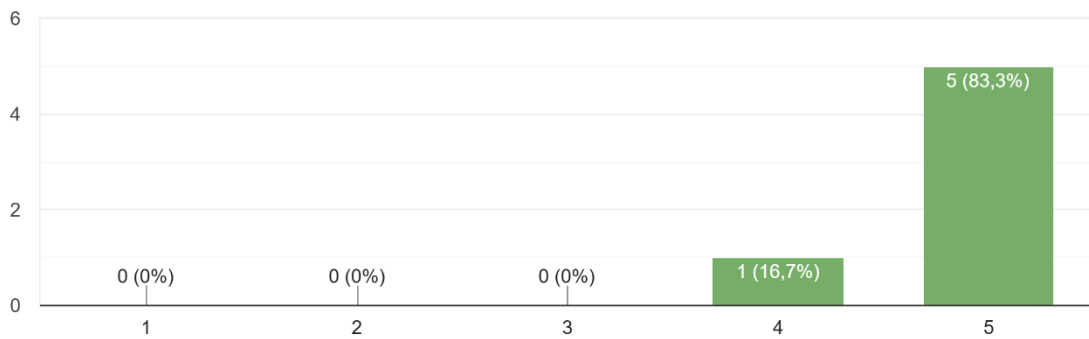
O formador revelou dominar o tema

6 respostas



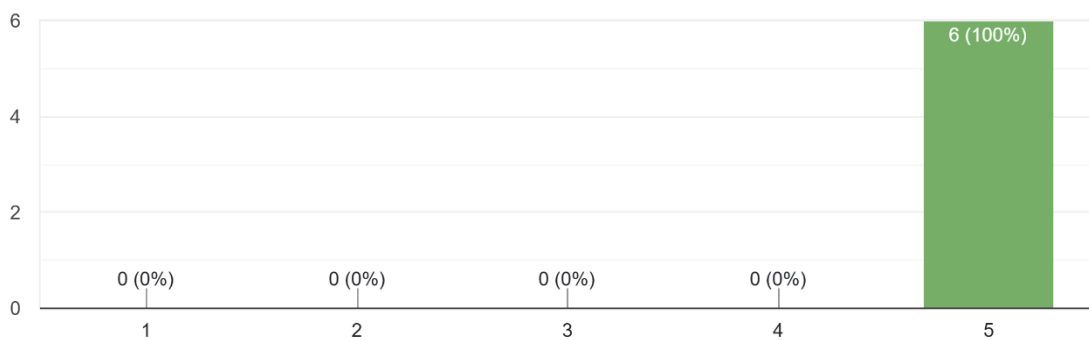
O formador revelou ter conhecimentos técnicos e pedagógicos

6 respostas



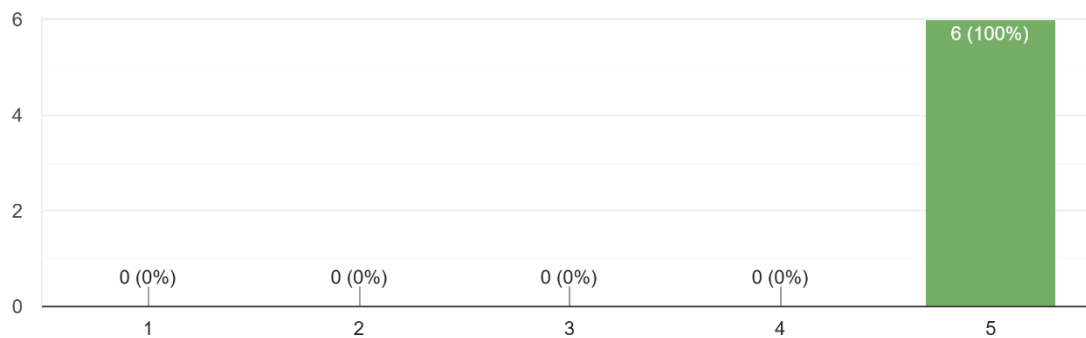
A metodologia utilizada foi adequada

6 respostas



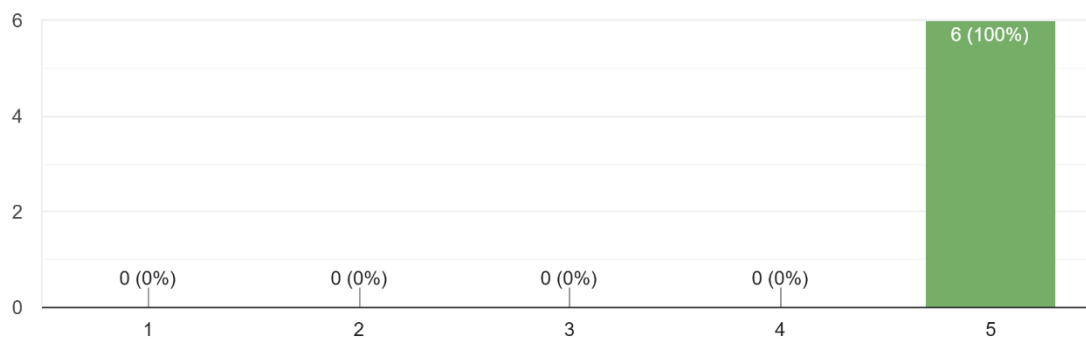
A exposição dos conteúdos foi clara

6 respostas



A relação estabelecida com os formandos foi positiva

6 respostas



APÊNDICE III

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA **“O SONO DOS ADOLESCENTES E OS ECRÃS”**



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Escola de Enfermagem - Porto

O SONO DOS ADOLESCENTES E OS ECRÃS

- REVISÃO DA LITERATURA -

Professora Orientadora: Professora Isabel Quelhas

Aluna: Marina Salvador

Porto, Fevereiro de 2025

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ESCOLA DE ENFERMAGEM - PORTO

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

UNIDADE CURRICULAR

Estágio e Relatório Final

O SONO DOS ADOLESCENTES E OS ECRÃS

- REVISÃO DA LITERATURA -

Professora Orientadora: Professora Isabel Quelhas

Aluna: Marina Salvador

Porto, Fevereiro de 2025

INDICE

Introdução	4
O sono e a adolescência	6
Metodologia	8
Resultados	10
Discussão de resultados	21
Conclusão	24
Referências bibliográficas	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Questão de investigação segundo o modelo PCC	8
Tabela 1 - Descritores e palavras-chave da pesquisa, de acordo com o modelo PCC	9
Tabela 3 - Tabela de evidências	11

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo prisma 10

INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto disciplina, encontra-se numa constante procura de consolidação dos seus conhecimentos através de evidência científica. Assim, é importante mantermo-nos atualizados sobre o que a investigação vai ditando como sendo as melhores práticas, segundo os estudos científicos, principalmente no que diz respeito a comportamentos com impacto direto na saúde da população pediátrica. Os enfermeiros constituem assim, pelos conhecimentos e capacidade de os aplicar na sua prática, um recurso valioso para o cuidado das crianças/jovens e as suas famílias, em situações de saúde e doença (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2021).

Deste modo, foi traçado o objetivo de mapear a evidência científica sobre a influência da exposição a ecrãs na qualidade do sono dos adolescentes. O interesse pelo tema surgiu do contexto de ensino clínico na unidade de cuidados na comunidade, em que os profissionais que lá trabalhavam identificavam uma realidade cada vez mais crescente de adolescentes que recorrem ao uso de ecrãs em vários contextos e horários do seu dia.

A qualidade do sono, aliada a uma alimentação equilibrada e a prática regular de exercício, é uma das principais condições para uma boa saúde.

O ritmo circadiano típico da adolescência, caracteriza-se por um adormecer e despertar mais tardios. Este padrão natural pode levar a diversos problemas, quando entra em conflito com estruturas sociais, como o horário de início das aulas (Carskadon et al., 2004). A relação entre as dificuldades em adormecer e o tempo de ecrã pode, em parte, refletir a tendência biológica dos adolescentes para ficarem acordados até mais tarde à noite, necessitando de mais tempo de sono pela manhã. Os adolescentes da nossa atualidade dormem menos do que as gerações anteriores, imersos num mundo digital impulsionado pela exigência de imediatismo social, o que leva a uma privação crónica do sono (Dresp-Langley & Hutt, 2022).

Com este trabalho pretende-se conhecer a evidência disponível sobre o impacto da utilização de ecrãs na qualidade do sono.

Para a elaboração deste trabalho, foram utilizadas diversas referências bibliográficas para a construção e suporte do enquadramento teórico, enquanto que para a pesquisa foram utilizadas as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, as quais foram acedidas através da plataforma de pesquisa EBSCO.

O SONO E A ADOLESCÊNCIA

O sono é um processo reparador e uma necessidade básica e vital do organismo, sendo fundamental para o crescimento saudável e desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental das crianças. Os dois principais processos neurobiológicos que regulam o ciclo de sono-vigília são o processo circadiano (um relógio interno que dita os períodos de vigília e sono com base num ciclo claro-escuro), e o processo homeostático (a denominada “pressão de sono”, no qual a necessidade de sono aumenta durante as horas de vigília e é aliviado pelo sono) (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A melatonina é uma hormona secretada pela glândula pineal humana que oscila de acordo com o ritmo circadiano. Os seus níveis são praticamente inexistentes durante o dia, começam a aumentar à noite, perto do horário habitual de deitar, mantêm-se relativamente constantes durante a madrugada e diminuem próximo da hora habitual de acordar. A produção de melatonina é inibida pela exposição à luz e estudos recentes indicam que até mesmo níveis de luz ambiente podem suprimir a produção endógena de melatonina no organismo (Crowley et al., 2007).

Considerando que a exposição à luz sinaliza o despertar e a escuridão induz o sono, percebe-se que uma exposição à luz antes do início do sono pode interferir no início do mesmo. O relógio biológico do sono que tem conexões neurais diretas com a retina, causa “o desejo de sono” quando atinge o seu pico máximo de secreção por volta das 21/22h. A exposição a luzes do espectro azul (ecrãs) pode inibir a produção da melatonina, enquanto que luzes de cor alaranjada/ avermelhada não têm este efeito. Muitos outros fatores sociais e ambientais afetam o ritmo circadiano, tais como os horários das refeições, a temperatura ambiente, o ruído, as rotinas antes de dormir (higiene do sono), a atividade física, a dor e medicamentos (Carley & Farabi, 2016).

O sono é uma questão global de saúde pública. A perda de sono e a qualidade do sono são preocupações globais de saúde (Nelson et al., 2022). Compreender o conceito de qualidade do sono é relevante para a enfermagem, pois os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção de um sono adequado e na prevenção de problemas de sono, que podem impactar negativamente os resultados de saúde. Ainda segundo Nelson et al., a qualidade do sono é essencial para a saúde, e os efeitos cumulativos a longo prazo de um sono de baixa qualidade estão associados a diversos problemas graves, como diabetes, doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade, enfarte agudo do miocárdio, obesidade e acidente vascular cerebral.

Decorrente desta realidade, foi desenvolvida uma extensa e pormenorizada análise concetual por Kathy L. Nelson em 2021, cujo processo evolutivo resultou numa definição mais clara e aplicável da qualidade do sono:

“a qualidade do sono é definida como a autossatisfação do indivíduo com todos os aspectos da experiência do sono, podendo ser medida por variáveis como eficiência do sono, latência do sono, tempo acordado após o início do sono e medidas da arquitetura do sono”

A adolescência é a fase da vida entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos (World Health Organization, 2022). As necessidades de sono, a sua duração, qualidade e padrão mudam ao longo da vida, principalmente da infância à adolescência (Ordem dos Enfermeiros, 2023), refletindo a maturação do sistema nervoso central e influências ambientais. Compreender estas mudanças torna-se essencial para promover a saúde do sono e abordar potenciais problemas. A relação entre o sono e o desenvolvimento cognitivo destaca o papel fundamental do sono na formação das funções cerebrais e dos comportamentos. Um sono adequado é crucial para manter altos níveis de atenção e função cognitiva, enquanto a privação do sono pode comprometer gravemente essas habilidades. Este facto ressalta a necessidade de intervenções direcionadas para lidar com problemas de sono, especialmente em adolescentes, que frequentemente enfrentam privação crónica de sono devido a diversas pressões biológicas e sociais (Goel & Goel, 2024).

De acordo com a National Sleep Foundation (NSF), o sono dos adolescentes deve ser de 8 a 10h por noite para garantir uma saúde e desenvolvimento ideais. No entanto, pesquisas indicam que muitos adolescentes dormem menos horas do que o recomendado.

O uso generalizado de dispositivos digitais tornou a exposição a ecrãs uma parte fundamental da vida moderna, especialmente entre os jovens, levantando preocupações sobre os possíveis impactos na saúde e no bem-estar, incluindo o sono. Esta exposição aumentada a ver televisão, computadores, telemóveis e diversos tipos de ecrãs digitais portáteis pode prejudicar a saúde dos adolescentes, causando, por exemplo, uma má qualidade de sono (S. S. da Silva et al., 2022). Desta forma, esta revisão pretende verificar a relação entre o uso de ecrãs digitais e a qualidade do sono dos adolescentes.

METODOLOGIA

A formulação da questão de investigação é um princípio fundamental no pensamento crítico e reflexivo do enfermeiro, pois permite chegar a conclusões baseadas em evidência científica e que possibilitam a resolução de problemas. Neste sentido, estão disponíveis acrónimos, como a questão PCC, que ajuda a formular a questão de investigação, focalizando os descritores e palavras-chave, facilitando a estratégia de pesquisa (Aromataris et al., 2024).

Na tabela 1, encontra-se a questão de investigação proposta para o presente trabalho, segundo o modelo PCC.

Tabela 1 - Questão de investigação segundo o modelo PCC

P População	C Conceito	C Contexto
Adolescentes	Exposição a ecrãs	Qualidade do sono

Tendo em atenção os elementos constituintes da estratégia PCC, definiu-se a seguinte questão de investigação:

“Qual a influência da exposição a ecrãs na qualidade do sono em adolescentes?”

➤ **PESQUISA**

Atualmente, temos acesso a todo o tipo de informação e o grande desafio é saber identificar aquela que realmente tem fundamentação adequada. Esta é uma capacidade que o enfermeiro deve ter, distinguindo e identificando qual a informação com melhor nível de evidência disponível e avaliando se a mesma é aplicável às necessidades dos serviços de saúde ou do seu local de trabalho e atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2012)

Com o objetivo de direcionar a pesquisa para o tema escolhido, foi efetuada a seleção de descritores e palavras-chave (tabela 2), de acordo com a terminologia DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings). Foram analisados artigos escritos em inglês e português e criada uma lista de descritores e palavras-chave correspondentes a cada elemento da questão PCC.

Tabela 2 - Descritores e palavras-chave da pesquisa, de acordo com o modelo PCC

POPULAÇÃO	CONCEITO	CONTEXTO
<u>Descritores</u>		
Adolescent	Screen time	Sleep
Adult	Smartphone	Sleep deprivation
	Computers, handheld	Sleep quality
	Mobile applications	Sleep hygiene
<u>Palavras Chave</u>		
Youth		Sleep habits
Teenager		

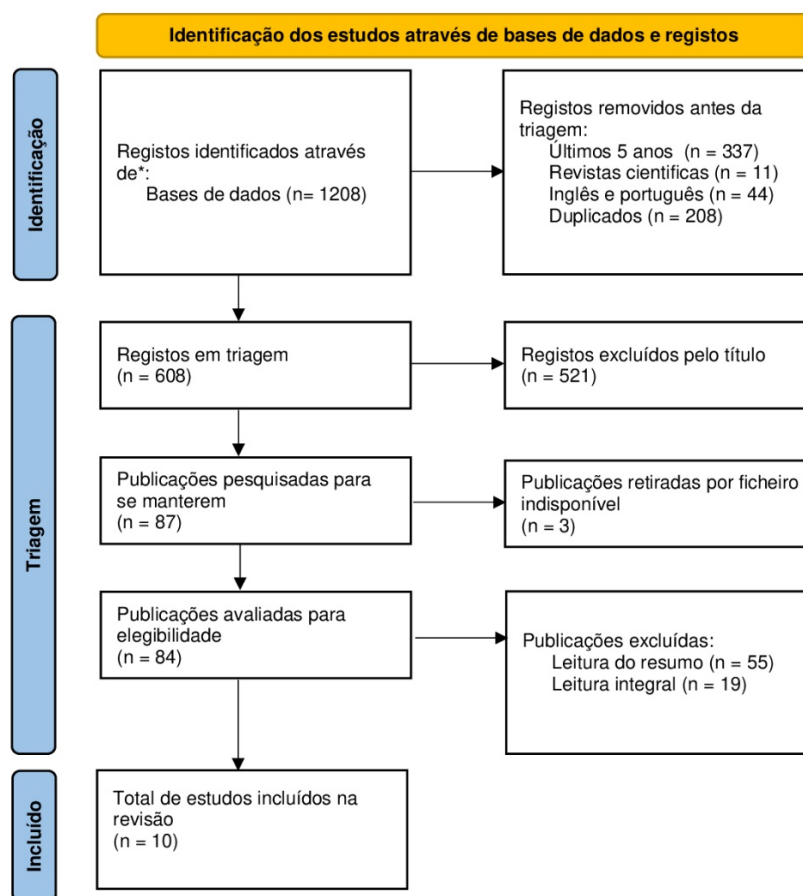
Como critérios de inclusão, foram incluídos estudos que avaliaram o tempo de utilização de ecrãs, a duração do sono e a qualidade do sono entre adolescentes, e artigos publicados nos últimos 5 anos. Relativamente aos critérios de exclusão, foram excluídos artigos realizados para toda a idade pediátrica e que não apresentavam o sono como tema central.

A pesquisa foi realizada em duas bases de dados, CINAHL Complete e Medline Complete, a partir da frase booleana: ((adolescent or youth) NOT adult AND (sleep OR (sleep quality) OR (sleep habits)) AND (screen time)).

RESULTADOS

Desta pesquisa, realizada em Fevereiro de 2025, obteve-se 1208 artigos, dos quais 208 eram duplicados, 337 tinham sido publicados há mais de 5 anos, 11 não pertenciam a revistas científicas e 44 não se encontravam escritos em inglês ou português. 512 artigos foram excluídos após leitura do título, 3 por não estarem acessíveis na sua totalidade, 55 após leitura do resumo e 19 após leitura do texto integral (Figura 1), tendo ficado um total de 10 artigos para análise e inclusão na revisão.

Figura 2 - Modelo prisma (PRISMA 2020 Flow Diagram, 2020)



Após a seleção dos artigos, o passo seguinte foi sintetizar a informação dos estudos para facilitar a avaliação de cada artigo e determinar se as suas conclusões serão idênticas. Assim, foi construída uma tabela (Tabela 3) de extração e documentação da informação recolhida de cada artigo. Nesta tabela, constam informações como: informação bibliográfica, palavras chave, tipo de estudo, objetivos, metodologia (amostra, instrumento de recolha de dados e procedimento de análise de dados) e resultados.

Tabela 3 – Tabela de evidências

Referência	Informação Bibliográfica	Palavras Chave	Tipo de Estudo	Objetivos do Estudo	Amostra	Instrumento de Colheita de Dados	Procedimento de Análise de Dados	Resultados
(Bang et al., 2020)	BANG, Felix et al., 2020. Physical activity, screen time and sleep duration: Combined associations with psychosocial health among Canadian children and youth. <i>Health reports</i> [em linha]. 2 julho 2020. vol. 31, no. 5, p. 9–16. DOI 10.25318/82-003-x202000500002-eng. Disponível em: https://research.ubsc.com/linkprocessor/plink?id=0a50291f-de25-3ed7-a582-1375a9c037deMEDLINE Complete	Motor activity Sedentary behaviour Sleep Screen time Mental health Children Youth	Estudo quantitativo transversal	Analisar a relação entre o cumprimento das <i>Diretrizes das 24 Horas</i> e suas recomendações comportamentais específicas, com a saúde psicossocial de crianças e jovens canadianas	4250 inquéritos relativos a crianças e jovens entre os 5 e os 17 anos, do Canadá	Dados sobre tempo de ecrãs, hábitos de sono, stress, saúde mental e dificuldades sociais removidos do <i>Canadian Health Measures Survey</i> (CHMS) Atividade física foi medida através do uso de acelerômetros	Análise de dados realizada utilizando os procedimentos de inquérito no <i>SAS EG</i> versão 5.1 Estratificação dos dados por idades: crianças e adolescentes Modelos de regressão logística multivariada foram utilizados para avaliar a relação entre o cumprimento das recomendações individuais ou combinadas das <i>Diretrizes das 24 Horas</i>	Cumprir duas ou mais recomendações das <i>Diretrizes de Movimento das 24 Horas</i> , demonstrou relação com maior probabilidade de uma saúde psicossocial positiva entre os jovens A duração do sono e o tempo de ecrã revelaram-se fortemente interligados com o comportamento social e a saúde psicossocial entre os jovens canadianos De forma geral, o cumprimento das <i>Diretrizes de Movimento das 24 Horas</i> está significativamente associado a uma melhor saúde psicossocial entre os jovens canadianos

(Brosnan et al., 2024)	BROSNAN, Bradley et al., 2024. Screen Use at Bedtime and Sleep Duration and Quality Among Youths. <i>JAMA pediatrics</i> [em linha]. 1 novembro 2024. vol. 178, no. 11, p. 1147–1154. DOI 10.1001/jamapediatrics.2024.2914. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=e368fc2b-edae-38ef-83bf-4d358396ab05MEDLINE Complete	(Informação disponível)	não	Estudo de coorte	de Averiguar se o tempo de ecrãs à noite está associado à duração e à qualidade do sono naquela noite, em jovens	79 adolescentes saudáveis, entre os 11 e os 14.9 anos, da Nova Zelândia	Tempo de ecrãs medido objetivamente, através da utilização de câmaras de vídeo vestíveis ou fixas, 2 horas antes de dormir até ao início de tentativa de adormecer (tempo de sono), em 4 noites não consecutivas, ao longo de uma semana A duração e a qualidade do sono foram medidas objetivamente através da utilização de acelerómetros de pulso, 24h/dia durante 8 dias	<i>MathWorks</i> que utiliza um algoritmo baseado na contagem, para estimar variáveis do sono específicas de cada indivíduo para cada dia Os dados de vídeo foram codificados utilizando <i>Observer XT</i> Análise estatística realizada por <i>Stata</i>	O tempo de ecrã nas 2 horas antes de dormir não teve associações com a maioria das medições de saúde do sono naquela noite em jovens O uso de ecrãs no intervalo entre deitar e tentar adormecer, esteve significativamente associado a uma menor duração do sono O uso de ecrãs interativos, como jogos e multitarefas, foi particularmente problemático, embora até mesmo atividades passivas em frente ao ecrã, como ver filmes, estivessem associadas a uma redução do tempo de sono, embora de forma menos pronunciada
(Burnell et al., 2024)	BURNELL, Kaitlyn et al., 2024. Daily links between objective smartphone use and sleep among adolescents.	Adolescent Sleep Smartphones		Estudo de coorte	de Compreender as associações entre o uso objetivo da tecnologia digital e o sono	71 adolescentes entre os 15 e os 18 anos, dos EUA	Avaliação ecológica momentânea durante 14 dias, que inclui: uso de dispositivo de pulso para	Estatísticas descritivas e correlações foram executadas no	Quando os adolescentes utilizam mais o telemóvel durante a noite (mas não durante o dia), apresentam pior qualidade de sono naquela noite Quando os adolescentes passaram mais minutos em frente ao ecrã em

	<i>Journal of adolescence</i> [em linha]. 1 agosto 2024. vol. 96, no. 6, p. 1171–1181. DOI 10.1002/jad.12326. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=0fec742d-46e5-3938-9b2d-65acd680f74eME DLIN Complete					monitorização do sono e preenchimento de diários matinais completos sobre as experiências subjetivas de sono	SPSS versão 28	relação à sua média, relataram um início de sono mais tardio (confirmado pela monitorização de pulso) e uma qualidade de sono diminuída
						Os participantes também enviaram capturas de ecrã diárias, do tempo total de ecrã do dia anterior e número de notificações		A perceção relativa à qualidade do sono, devido à sua subjetividade, torna mais difícil de compreender a sua relação com o tempo de ecrã
(Caumo et al., 2020)	CAUMO, Guilherme Hidalgo et al., 2020. Exposure to electronic devices and sleep quality in adolescents: a matter of type, duration, and timing. <i>Sleep health</i> [em linha]. 1 abril 2020. vol. 6, no. 2, p. 172–178. DOI 10.1016/j.sleh.2019.12.004. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=c630f99d-c243-36c7-a321-	Sleep Quality Sleep Duration Smartphone Screen Time Chronobiology Circadian Rhythms	Estudo quantitativo transversal	Descrever o tipo, a quantidade e o tempo de utilização de dispositivos eletrónicos, em dias de escola e fins de semana, assim como o seu impacto na qualidade do sono dos adolescentes	177 estudantes de ambos os sexos, com idades entre os 11 e os 18 anos, provenientes de seis escolas públicas em Porto Alegre (Brasil)	Diário eletrónico para registo de período de utilização de aparelhos eletrónicos (separados em “televisão computador”, “tablets, livros digitais e consolas portáteis” e “telemóveis”), para dias de escola e para fins de semana	Teste de <i>Shapiro-Wilk</i> para analisar a normalidade na distribuição dos dados Teste de <i>Spearman</i> para realizar correlações Teste de <i>Watson-Williams</i> para comparar o uso de dispositivos eletrónicos nos dias de semana em	Os resultados reforçam a hipótese de que o tempo total de utilização não é a única variável a considerar, ao estudar o impacto da exposição a dispositivos eletrónicos no sono. Este estudo teve também como objetivo diferenciar os tipos de dispositivos eletrónicos utilizados, concluindo que os telemóveis são os que mais impactam a qualidade do sono nesta população. Observou-se uma prevalência alta no uso de dispositivos eletrónicos à noite, após as 20h. Este padrão de uso difere entre dias de semana e fim de semana, sendo 2h mais tarde para televisão/computador e telemóvel ao fim de semana. Neste estudo, os telemóveis são o único dispositivo eletrónico associado ao padrão de qualidade do sono. Nos dias de semana, o uso prolongado e até mais tarde do telemóvel está

e7478ca3f0b4ME DLINE Complete						médio do sono e o jetlag social	relação aos fins de semana	associado a uma redução do tempo de sono e pior qualidade do sono. Neste estudo, a média de duração do sono nos dias de semana foi de 7.76h ± 1.72, o que significa que 56.1% da amostra apresenta uma média de duração do sono de menos de 8h. Este resultado demonstra que os adolescentes apresentam um défice de sono durante os dias da semana (duração de sono ao fim de semana 9.03h ± 2). Conclui-se que é importante promover uma duração adequada do sono, como uma medida preventiva de problemas relacionados com o uso de dispositivos eletrónicos à noite. Considerar delinear um plano de horário fixo para desligar ecrãs
(Charmara man et al., 2021)	CHARMARAMA N, Linda et al., 2021. Quantity, Content, and Context Matter: Associations Among Social Technology Use and Sleep Habits in Early Adolescents. <i>The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine</i> [em linha]. 1 julho 2021. vol. 69, no.	(Informação não disponível)	Estudo quantitativo transversal	Investigar a relação entre o acesso à tecnologia social e o conteúdo, os comportamentos antes de dormir, as restrições parentais ao uso do telemóvel e o horário e a duração do sono nas noites de semana em adolescentes mais jovens	772 alunos entre o 6º e 8º anos, de várias escolas da região noroeste dos EUA	Utilização do questionário <i>Qualtrics</i> , com perguntas sobre o uso de redes sociais, internet e telemóvel, conteúdo dos sites e redes sociais consultados, hábitos uma hora antes de dormir, na hora de deitar, duração do sono e restrições de telefone/ecrãs	Foram utilizados dois tipos de modelos de regressão linear para modelar os preditores das horas de sono e da hora de deitar (simples e múltiplo)	A frequente necessidade de verificar as redes sociais, os comportamentos problemáticos na internet, o medo de ficar de fora, o uso problemático da tecnologia digital e assistir a vídeos mais emocionais ou violentos, estiveram significativamente relacionados com horários de deitar mais tarde e menos horas de sono numa noite de semana Ler livros (em papel ou digitais) foi um comportamento antes de dormir que não se associou a uma hora de deitar mais tarde, sugerindo que pode ser mais fácil autorregular os horários de dormir em torno da leitura, em comparação com outros comportamentos relacionados com ecrãs antes de dormir (consistente

1, p. 162–165.
DOI
10.1016/j.jadoheal
th.2020.09.035.
Disponível em:
<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=1b8982d9-1661-3b29-98e9-02dc3cf03dbaME>
DLINE Complete

com o efeito de atraso da luz azul dos ecrãs no ritmo circadiano)

Os preditores específicos identificados devem ser testados como alvos de intervenção para promover hábitos de sono mais saudáveis em adolescentes mais jovens, como por exemplo as restrições parentais no uso de telemóvel, a idade de início nas redes sociais ou as obrigações de interação com colegas online que são amplificadas por determinados sites de redes sociais

Regras parentais que restringem o uso de telemóveis e de internet antes de dormir, bem como atrasar a idade para ter o primeiro telemóvel, estavam associadas a um aumento do tempo de sono e a uma hora de deitar mais cedo

(Garrett et al., 2023)	GARRETT, Shedrick L et al., 2023. Links Between Objectively-Measured Hourly Smartphone Use and Adolescent Wake Events Across Two Weeks. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of</i>	(Informação não disponível)	Estudo quantitativo transversal	Testar a hipótese de que o uso de telemóveis durante os períodos de sono dos adolescentes está associado a uma maior duração de eventos de vigília na mesma hora	59 adolescentes entre os 15 e os 18 anos, de uma zona rural do sudeste dos EUA	Avaliação ecológica momentânea durante 14 dias, que inclui: uso de dispositivo de pulso para monitorização do sono e preenchimento de diários matinais completos sobre as experiências subjetivas de sono	Modelação multinível de três níveis com intercepto aleatório, foi utilizado para testar se o tempo de ecrã e as notificações estavam associados à duração dos eventos de	Em 70% do total de horas de sono dos participantes, foram registados 0 minutos de tempo de ecrã, indicando que, de modo geral, os participantes não usavam os telemóveis numa determinada hora após adormecerem Em 11% do tempo total de sono dos participantes, foram registados 60 minutos de tempo de ecrã Embora a duração dos eventos de vigília fosse de 9.8 minutos às 22h (para os participantes que já se encontravam a dormir), essa duração
-------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53 [em linha]. 1 dezembro 2023. P. 1–11. DOI 10.1080/15374416.2023.2286595. Disponível em: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=3aa662a2-b30a-31d1-b7ec-cb6e49ad1147ME> DLINE Complete

Os participantes também enviaram capturas de ecrã diárias, do tempo total de ecrã do dia anterior e número de notificações

vigília durante o sono
Foram realizadas estatísticas descritivas no SPSS versão 28 (IBM, 2016) e a análise principal foi conduzida no MPlus versão 8.8

estabilizou nas horas seguintes, mantendo-se numa média de 3 a 4 min/h

As horas durante o período de sono de um adolescente, com mais minutos de tempo de ecrã, estiveram associadas a uma maior duração dos eventos de vigília na mesma hora

Mais notificações durante uma determinada hora, não estiveram associadas à duração dos eventos de vigília na mesma hora

Os dados foram estruturados hierarquicamente em três níveis: as horas estavam agrupadas dentro dos dias, e os dias estavam agrupados dentro dos participantes

O uso de telemóvel está associado a uma maior duração dos eventos de vigília, durante o sono dos adolescentes

(Khan et al. 2023)	KHAN, Asaduzzaman et al., 2023a. Associations between adolescent sleep difficulties and active versus	Sleep problems Screen use Children Multi-country HBSC	Estudo quantitativo transversal	Examinar como a quantidade e os diferentes tipos (ativos vs passivos) de tempo de ecrã, estão associados às dificuldades	Dados recolhidos de 38 países Europeus e Norte Americanos, que participaram	Análise aos inquéritos selecionados, para os seguintes itens: Dificuldades no adormecer foram recolhidas através	Método MICE par a incerteza estatística Modelagem multinível através do <i>runmlwin</i> via	O tempo de ecrãs elevado foi positivamente associado a dificuldades de sono nos adolescentes em geral, de forma dose-dependente
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>passive screen time across 38 countries. <i>Journal of Affective Disorders</i> [em linha]. 1 janeiro 2023. vol. 320, p. 298–304. DOI 10.1016/j.jad.2022.09.137. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=e2f8c878-69e8-3bfb-9163-697593877d05CI NAHL Complete</p>			<p>de início do sono entre adolescentes, e se essas relações diferem por género</p>	<p>no inquérito <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> (HBSC) de 2014, perfazendo um total de 195.668 inquéritos analisados</p>	<p>das respostas a uma única questão, em que foi utilizada a escala de <i>Likert</i>, sendo depois dicotomizada</p> <p>O tipo de comportamento no uso de ecrãs foi averiguado pela resposta a 3 itens: 1 para tempo passivo e dois para tempo de ecrã mentalmente ativo</p> <p>Foram incluídos itens de resposta separados, para dias de semana e fins de semana</p>	<p><i>Stata v17SE</i> (StataCorp, EUA), com procedimentos de estimativa obtidos por <i>Iterative Generalised Least Squares</i> (IGLS).</p>	<p>As dificuldades de sono apareceram após 2h/dia de tempo ativo, mas >4h/dia de tempo passivo de ecrãs</p> <p>Videojogos >4h/dia foram associados a 30% mais dificuldades de sono no sexo masculino e 38% no sexo feminino</p> <p>A relação tempo de ecrã/dificuldades de sono não variou entre os níveis de atividade física</p> <p>Adolescentes do sexo feminino e adolescentes mais jovens relataram relações negativas ligeiramente maiores</p> <p>As estimativas de associação foram marginalmente mais fortes para o uso de ecrãs durante a semana do que nos fins de semana</p>
<p>(Sanz-Martin et al., 2022)</p>	<p>SANZ-MARTÍN, Daniel et al., 2022. The Relationships between Physical Activity, Screen Time and Sleep Time According to the Adolescents' Sex and the Day of the Week. <i>Healthcare</i> (2227-9032) [em linha]. 1 outubro 2022.</p>	<p>Physical activity Screen time Sleep time Adolescentes Sex Weekday Weekend</p>	<p>Não-experimental, descritivo-correlacional e transversal</p>	<p>Identificar o nível de atividade física, tempo de ecrã e duração do sono dos adolescentes, considerando o género dos participantes e o dia da semana</p>	<p>694 alunos do ensino secundário, de várias escolas em Soria (Espanha)</p>	<p>Questionários de Atividade Física de Um Dia para medir os níveis de atividade física, tempo de ecrã e duração do sono</p>	<p>O software <i>IBM SPSS 26.0</i> (International Business Machines Corporation, Armonk, NY, EUA) foi utilizado para a análise estatística</p>	<p>Os mais novos passam mais tempo em frente aos ecrãs durante o fim de semana (independente do género)</p> <p>Jovens do sexo masculino passam mais tempo em frente aos ecrãs do que as raparigas, independentemente do dia da semana</p> <p>Os adolescentes dormem mais tempo durante o fim de semana do que nos dias de escola</p>

vol. 10, no. 10, p. N.PAG-N.PAG. DOI 10.3390/healthcare10101955. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=06bc877e-6e5e-3362-ad84-efa23030d11bCIN AHL Complete	Explorar as relações entre a atividade física, o tempo de ecrã e a duração do sono, considerando o sexo dos participantes e o dia da semana	O teste de <i>Levene</i> e o teste-t de <i>Student</i> foram utilizados para calcular a diferença entre as médias das variáveis	Elementos do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de tempo de atividade física leve e de gasto energético em todas as categorias de tempo e semana Os níveis de atividade física moderada a vigorosa, em ambas as unidades de medida, são mais elevados nos rapazes
		O teste de <i>Pearson</i> foi utilizado para calcular as correlações bivariadas entre as variáveis	O tempo de ecrã, a duração do sono e a atividade física moderada a vigorosa são mais elevados durante o fim de semana A relação entre o tempo de ecrã e o tempo de atividade física é positiva nos rapazes e negativa nas raparigas A relação entre o tempo de ecrã e a duração do sono nos rapazes de Soria é negativa e ligeira. Em contraste, essa relação é positiva, próxima de zero e não significativa nas raparigas

(S. S. da Silva et al., 2022)	SILVA, Sérgio Soares da et al., 2022. Use of digital screens by adolescents and association on sleep quality: a systematic review. <i>Cadernos de saude publica</i> [em linha]. 17 outubro 2022. vol. 38, no.	Sleep Quality Screen Time Adolescent Internet	Revisão sistemática da literatura	Analisar a influência do uso de ecrãs na qualidade do sono dos adolescentes	23 artigos	Pesquisa nas seguintes bases de dados: MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, Scopus, EMBASE, Web of Science, IBECs, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov and Open Gray	Os artigos foram selecionados por dois investigadores independentes Envolvimento de um terceiro investigador em caso de	A utilização de ecrãs à hora de dormir foi associado a uma pior qualidade do sono, menor duração do sono e a uma maior sonolência diurna A baixa qualidade do sono pode desencadear consequências que afetam a qualidade de vida dos adolescentes (sonolência diurna, despertares noturnos, dificuldade em acordar, baixo desempenho escolar, irritabilidade, ansiedade, depressão,
--------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	10, p. e00300721. DOI 10.1590/0102-311XEN300721. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=3a66a30b-1110-3a12-8a3e-58fccb5f5736MEDLINE Complete					Pesquisa manual nas referências dos artigos selecionados e em jornais como: <i>Sleep & Breathing, Journal of Clinical Sleep Medicine, Journal of Sleep Research, Nature and Science of Sleep, Sleep Medicine, and Sleep Health</i>	difícil consenso	sentimentos de tristeza e privação de sono) Os adolescentes apresentam uma duração do sono insuficiente (menos de oito horas por dia) Os principais dispositivos eletrônicos utilizados antes de dormir são: telemóvel, televisão, computador e videojogos
(Smith et al., 2020)	SMITH, Claire et al., 2020. Prebedtime Screen Use in Adolescents: A Survey of Habits, Barriers, and Perceived Acceptability of Potential Interventions. <i>Journal of Adolescent Health</i> [em linha]. 1 junho 2020. vol. 66, no. 6, p. 725–732. DOI 10.1016/j.jadohealth.2019.12.007. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=f3ca	Screens Prebedtime Sleep Adolescents Parents Sleep duration Media Technology Barriers Interventions	Estudo quantitativo transversal	Investigar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ o acesso a dispositivos e uso de ecrãs na última hora antes de dormir e quando já se encontra na cama ➤ atitudes e barreiras para reduzir o tempo de ecrã ➤ percepções sobre possíveis intervenções para reduzir o 	4.811 adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, da Nova Zelândia	Os adolescentes foram convidados a preencher um questionário online (<i>Qualtrics</i>) A duração do sono foi calculada a partir do tempo entre a hora de deitar e a hora de acordar, subtraindo a latência do sono A latência do sono é o tempo necessário para adormecer depois de se deitar A qualidade do sono foi medida	<i>Stata 15</i> foi utilizado para análise estatística Foram utilizados modelos de modelação multinível, multivariável e regressão linear	As atividades de ecrã mais frequentes, aos dias de semana, antes de dormir foram as redes sociais (88%) e o envio de mensagens (77%), sendo estas atividades mais reportadas por adolescentes do sexo feminino Os adolescentes do sexo masculino, reportam atividades de videojogos nos dias de semana antes de deitar Nos momentos entre o deitar e o adormecer: <ul style="list-style-type: none"> ➤ a maioria do sexo masculino opta por videojogos e ver televisão ➤ o sexo feminino refere utilizar as redes sociais

be45-4c6b-38d1-
b3b3-
00d00a3c5d97CI
NAHL Complete

tempo de
ecrã e
melhorar o
sono dos
adolescente
s na Nova
Zelândia

usando o
*Pittsburgh Sleep
Quality Index*,
adaptado para
adolescentes, com
a remoção de
perguntas sobre o
parceiro de cama e
a adição de 1h ao
limite para uma
duração de sono
considerada
inadequada

15% relataram ser acordados
regularmente por mensagens

A maioria dos participantes afirmou
usar o telemóvel na cama (86%) e
"concordou" que passa muito tempo
em frente aos ecrãs (70%), uma
perceção que aumentou com a idade

A barreira mais identificada como
sendo impeditiva da redução do
tempo de ecrãs foi a comunicação
com os amigos

Intervenções criativas podem ser
importantes para reduzir o uso de
ecrãs antes de dormir

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Esta revisão teve como objetivo verificar a relação entre a exposição a ecrãs e a qualidade do sono dos adolescentes. De uma forma geral, os estudos indicam que o uso de ecrãs à hora de deitar está associado a uma menor qualidade do sono, a uma redução na duração do sono e a um aumento da sonolência diurna. Estas conclusões, sustentam as recomendações que sugerem o desenvolvimento e a avaliação de intervenções para reduzir o acesso a ecrãs antes de dormir.

No grupo dos adolescentes, a má qualidade do sono pode estar associada à sua duração insuficiente, que, por sua vez, pode estar relacionada a fatores biológicos e maturacionais, mudanças comportamentais e sociais, aumento das exigências escolares, atividades sociais e uso excessivo de dispositivos eletrónicos (S. S. da Silva et al., 2022).

Os artigos analisados revelaram que o estudo do sono dos adolescentes e a sua relação com a exposição a ecrãs não é linear. A duração total da exposição não é a única variável relevante na análise do impacto dos dispositivos eletrónicos no sono. É importante diferenciar os tipos de dispositivos utilizados, o fim para que foram utilizados, a duração do seu uso e a altura do dia. Parece haver uma tendência para que quanto mais próximo da hora de dormir for a exposição aos ecrãs, maior será o seu impacto na qualidade do sono. É igualmente importante ter em consideração restantes fatores de cada adolescente, como a sua idade (a adolescência vai dos 10 aos 19 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde), o género ou o seu nível de atividade física, para ser possível estabelecer uma relação causal ecrãs-sono. No estudo de Caumo 2020, os telemóveis são os que exercem o maior impacto na qualidade do sono nesta população.

Brosnan 2024, demonstrou que a utilização de ecrãs nas duas horas que antecedem o horário de deitar não apresentou uma relação significativa com a duração total do sono, embora tenha sido associada a um adiamento no início do sono, resultando num atraso correspondente no horário de despertar. Em contraste, a exposição a ecrãs no período compreendido entre o deitar e o início efetivo do sono revelou uma associação significativa com a redução da duração do sono. O envolvimento em atividades interativas com ecrãs, como jogos eletrónicos e multitarefas, mostrou-se particularmente prejudicial, enquanto que o consumo de conteúdos passivos, como a visualização de filmes, também esteve relacionado com a diminuição do tempo total de sono, ainda que com menor impacto.

Este modelo de Brosnan, ao considerar o tipo, a duração e o momento da utilização de dispositivos eletrónicos, permite uma compreensão mais aprofundada da sua influência na investigação sobre o sono.

Todos os artigos demonstraram que os adolescentes têm uma atividade intensa a nível de dispositivos eletrónicos. Esta atividade parece ter mais significado ao final do dia durante a semana e, também, ao fim de semana. Poderá esta conclusão estar relacionada ao horário escolar, atividades sociais e extracurriculares dos adolescentes.

Dos artigos selecionados, metade são baseados em inquéritos aplicados aos próprios adolescentes, estando portanto sob a alçada da subjetividade; quatro artigos são de medição direta do sono e tempo de utilização de dispositivos digitais (havendo no entanto, alguma parte de subjetividade, pois mesmo nestes estudos a qualidade de sono é sempre medida por autoreporte); e um artigo é uma revisão sistemática.

Apesar desta diversidade de tipo de estudos incluídos nesta revisão, ficou claro que os adolescentes apresentam uma privação de sono, principalmente aos dias de semana, de cerca de 2h. Tal como já referido anteriormente, o relógio circadiano na idade da adolescência é fisiologicamente mais tardio. Ou seja, biologicamente, os adolescentes sentem sono mais tarde e, por consequência, apresentam um despertar matinal também mais tardio. Esta predisposição para o sono tardio, conjuntamente com a facilidade de acesso a meios digitais, cria uma fórmula favorável ao aumento do tempo dispendido em ecrãs pelos jovens.

Segundo Charmaraman 2021, os adolescentes têm dificuldade em parar o que quer que seja que estejam a executar digitalmente, assumindo mesmo que perdem horas de sono por não conseguirem interromper atividades, maioritariamente, online. É bem estabelecido o peso que os pares representam nesta população, pelo que uma maior frequência na verificação das redes sociais e medo de perder algo mostraram uma relação significativa com horários de deitar mais tardios e menos horas de sono em noites de semana.

De acordo com a maioria dos artigos lidos, o problema situa-se maioritariamente no momento de utilização dos ecrãs. O momento entre o deitar e o adormecer, parece ser o preferido dos jovens para navegar pelas redes sociais, jogar videojogos ou trocar mensagens com amigos.

Brosnan 2024, descreveu que o tempo de ecrã nas duas horas antes de deitar não apresentou associação significativa com a maioria das métricas de saúde do sono. Em contraste, a utilização de ecrãs após o deitar e antes de tentar adormecer esteve associada a uma pior saúde do sono de diversas formas (diminuição do tempo total de sono, dificuldades no adormecer e despertares noturnos). Todos os tipos de comportamentos relacionados com o uso de ecrãs foram associados a um atraso no início do sono, sendo que o uso interativo de ecrãs demonstrou um impacto mais significativo. Em noites com uso de ecrã interativo, o início do sono foi, em média, 35 minutos mais tardio em comparação com noites sem essa exposição.

Foi através da leitura de Khan 2023, que surgiu o conceito de tempo de ecrã ativo versus passivo. Esta investigação sugere que o uso ativo de ecrãs (por exemplo, videojogos e utilização de computadores) pode estar diferentemente associado aos resultados de saúde em comparação com o uso passivo de ecrãs (como ver televisão ou vídeos online). Esta diferença pode ser explicada pelo facto de o uso ativo de ecrãs exigir um maior envolvimento cognitivo e estimulação. Os autores argumentam que a classificação do tempo de ecrã em ativo versus passivo pode proporcionar uma abordagem mais precisa e informativa para explorar as relações entre a utilização de ecrãs, a saúde e o bem-estar. Segundo este estudo, foi visível uma relação causal

negativa entre o tempo de ecrã e dificuldades no sono, após duas ou mais horas de uso ativo, mas apenas após quatro ou mais horas de uso passivo por dia.

Ler livros ou e-books antes de dormir não esteve associado a horários de deitar mais tardios, o que sugere que pode ser mais fácil controlar o horário de deitar durante a leitura, em comparação com outros comportamentos relacionados com o uso de ecrãs. Este achado é consistente com o efeito conhecido da luz azul dos ecrãs, que pode atrasar o ritmo circadiano (Charmaraman et al., 2021).

CONCLUSÃO

Com o aumento da disponibilidade e acessibilidade de acesso a informação, assim como com o crescente desenvolvimento da ciência, ocorreram melhorias e avanços na área da saúde em todo o mundo. Enquanto enfermeiros, torna-se crucial estarmos atualizados em relação às evidências científicas e perceber de que forma podemos aplicá-las na nossa prática clínica. Devemos ser sujeitos ativos de procura e produção de novos conhecimentos que possam trazer mais valias para a nossa prática, identificar lacunas de investigação em áreas específicas que possam ser pertinentes, de forma a melhorar os cuidados prestados e tornarmo-nos mais significativos enquanto profissionais para a população (Ordem dos Enfermeiros, 2012)

Assim, enquanto enfermeiros especialistas da Saúde Infantil e Pediátrica, devemos comprometer em desenvolver e suscitar um ambiente propício para tomadas de decisão e práticas que sejam baseadas na evidência atual.

Esta revisão conseguiu verificar que o uso de ecrãs digitais influencia a qualidade do sono e pode despertar consequências que afetam a qualidade de vida dos adolescentes. Os estudos analisados mostraram que os adolescentes têm uma duração de sono insuficiente nos dias de semana (menos de oito horas por dia) e que os principais dispositivos digitais utilizados antes de dormir são os telemóveis.

O uso excessivo de ecrãs pode trazer várias consequências, como sonolência diurna, despertares nocturnos, dificuldade em adormecer, dificuldade em acordar e privação de sono (mais consequências podem advir mas que não foram incluídas como variáveis, nos artigos selecionados).

A tecnologia desempenha um duplo papel na saúde do sono. Embora o tempo excessivo de ecrãs possa afetar negativamente o sono, a tecnologia também pode ser usada para promover hábitos de sono saudáveis. Por exemplo, aplicações que monitorizam os padrões de sono e fornecem feedback, podem ajudar os adolescentes a tornarem-se mais conscientes dos seus comportamentos de sono e a fazer os ajustes necessários. Além disso, programas educativos disponibilizados através de plataformas digitais podem aumentar a consciencialização sobre a importância do sono e fornecer dicas práticas para melhorar a higiene do sono (Goel & Goel, 2024).

Alguns autores sugerem o desenvolvimento de estratégias promotoras do sono, junto dos adolescentes, tais como desligar todos os ecrãs digitais uma hora antes de deitar, atraso na idade de início de posse de telemóvel e na utilização de redes sociais e estabelecer horário e rotina de deitar consistentes (Crowley et al., 2007).

A Academia Americana de Pediatria sugere, para além das estratégias para uma higiene do sono adequada, a criação de um *Plano Familiar de Utilização dos Media* (Family Media Plan). Esta é uma abordagem personalizada que visa ajudar as famílias a controlar o tempo e o uso de dispositivos digitais, como telemóveis, computadores, televisão e videojogos, promovendo hábitos saudáveis relacionados com a tecnologia. O objetivo é equilibrar o tempo de ecrã com outras atividades essenciais, como o tempo em família, o exercício e o sono. Este plano busca evitar que o uso excessivo de tecnologia prejudique a saúde e o bem-estar dos membros da família (American Academy of Paediatrics, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Paediatrics, C. O. C. A. M. (2016). Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*, *138*(5), e20162592. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2592>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Bang, F., Roberts, K. C., Chaput, J.-P., Goldfield, G. S., & Prince, S. A. (2020). Physical activity, screen time and sleep duration: Combined associations with psychosocial health among Canadian children and youth. *Health Reports*, *31*(5), 9–16. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202000500002-eng>
- Brosnan, B., Haszard, J. J., Meredith-Jones, K. A., Wickham, S.-R., Galland, B. C., & Taylor, R. W. (2024). Screen Use at Bedtime and Sleep Duration and Quality Among Youths. *JAMA Pediatrics*, *178*(11), 1147–1154. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.2914>
- Burnell, K., Garrett, S. L., Nelson, B. W., Prinstein, M. J., & Telzer, E. H. (2024). Daily links between objective smartphone use and sleep among adolescents. *Journal of Adolescence*, *96*(6), 1171–1181. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1002/jad.12326>
- Carley, D. W., & Farabi, S. S. (2016). Physiology of Sleep. *Diabetes Spectrum : A Publication of the American Diabetes Association*, *29*(1), 5–9. <https://doi.org/10.2337/diaspect.29.1.5>
- Carskadon, M. A., Acebo, C., & Jenni, O. G. (2004). Regulation of Adolescent Sleep: Implications for Behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*(1), 276–291. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.032>
- Caumo, G. H., Spritzer, D., Carissimi, A., & Tonon, A. C. (2020). Exposure to electronic devices and sleep quality in adolescents: A matter of type, duration, and timing. *Sleep Health*, *6*(2), 172–178. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.12.004>
- Charmaraman, L., Richer, A. M., Ben-Joseph, E. P., & Klerman, E. B. (2021). Quantity, Content, and Context Matter: Associations Among Social Technology Use and Sleep Habits in Early Adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *69*(1), 162–165. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.035>
- Crowley, S. J., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, *8*(6), 602–612. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2006.12.002>
- Dresp-Langley, B., & Hutt, A. (2022). Digital Addiction and Sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(11). MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116910>

- Garrett, S. L., Burnell, K., Armstrong-Carter, E. L., Nelson, B. W., Prinstein, M. J., & Telzer, E. H. (2023). Links Between Objectively-Measured Hourly Smartphone Use and Adolescent Wake Events Across Two Weeks. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 1–11. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2286595>
- Goel, P., & Goel, A. (2024). Exploring the Evolution of Sleep Patterns From Infancy to Adolescence. *Cureus*, 16(7), e64759. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.7759/cureus.64759>
- Khan, A., Reyad, M. A. H., Edwards, E., & Horwood, S. (2023). Associations between adolescent sleep difficulties and active versus passive screen time across 38 countries. *Journal of Affective Disorders*, 320, 298–304. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.137>
- Nelson, K. L., Davis, J. E., & Corbett, C. F. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, 57(1), 144–151. <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*.
- Ordem dos Enfermeiros, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2023). *Guia orientador de boas práticas: O sono da criança e do adolescente* (1ª edição digital). Ordem dos Enfermeiros.
- PRISMA 2020 flow diagram. (sem data). PRISMA Statement. Obtido 9 de março de 2025, de <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2021). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1ª edição). Lidel enfermagem.
- Sanz-Martín, D., Ubago-Jiménez, J. L., Ruiz-Tendero, G., Zurita-Ortega, F., Melguizo-Ibáñez, E., & Puertas-Molero, P. (2022). The Relationships between Physical Activity, Screen Time and Sleep Time According to the Adolescents' Sex and the Day of the Week. *Healthcare (2227-9032)*, 10(10), N.PAG-N.PAG. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101955>
- Silva, S. S. da, Silveira, M. A. C. da, Almeida, H. C. R. de, Nascimento, M. C. P. do, Santos, M. A. M. D., & Heimer, M. V. (2022). Use of digital screens by adolescents and association on sleep quality: A systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, 38(10), e00300721. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN300721>
- Smith, C., de Wilde, T., Taylor, R. W., & Galland, B. C. (2020). Prebedtime Screen Use in Adolescents: A Survey of Habits, Barriers, and Perceived Acceptability of Potential Interventions. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 725–732. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.007>

World Health Organization. (2022). *Pocket book of primary health care for children and adolescents: Guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence*. World Health Organization.

APÊNDICE IV

POSTER “O SONO DOS ADOLESCENTES E OS ECRÃS”

A Influência da Exposição a Ecrãs na Qualidade do Sono dos Adolescentes: Revisão da Literatura

Maria Salvador, Isabel Queilhas

1 Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem - Porto; Estudante do Mestrado em Enfermagem, com especialização em ESRP - Hospital CUF Porto, UCN
2 Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem - Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

1 INTRODUÇÃO

- processo reparador
- necessidade básica e vital do organismo
- fundamental para o crescimento saudável e desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental das crianças (OE, 2023)

Sono

- 10 aos 19 anos (OMS, 2022)
- necessidade de 8 a 10h de sono diário (NSF, 2024)

Adolescente

- inibição da produção de melatonina (Carley, 2016)

Ecrãs

- parte fundamental da vida moderna, especialmente entre jovens (Silva et al., 2022)
- impacto no sono bem-estar, incluindo o sono (Silva et al., 2022)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



2 METODOLOGIA

Questão PCC: Qual a influência da exposição a ecrãs na qualidade do sono em adolescentes?

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre a influência da exposição a ecrãs na qualidade do sono dos adolescentes

2

608 artigos

Bases de dados: CINAHL, Complete MEDLINE, Complete Psataforma: EBSCO

Descritores

DeCS e MeSH: adolescent; adult; youth; teenager; screen time; smartphone; computers; handheld; mobile applications; sleep; sleep deprivation; sleep quality; sleep hygiene; sleep habits

Critérios de inclusão:

- artigos que avaliaram o tempo de utilização de ecrãs, duração do sono e qualidade do sono entre adolescentes últimos 5 anos

Critérios de exclusão:

- artigos realizados para toda a idade pediátrica
- artigos que não apresentavam o sono como tema central

10 artigos

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos adolescentes dorme menos de 8h nos dias de semana, sendo a diferença de horas de sono para o fim de semana de 2h (Caumo et al., 2020)

Telemóvel

- Dispositivo com maior impacto na qualidade do sono dos adolescentes
- Associado a mais episódios de vigília durante o sono (Caumo et al., 2020)

Impacto no sono:

- Após 2h/dia de tempo ativo de ecrãs (jogos eletrónicos, redes sociais)
- Mais de 4h/dia de tempo passivo de ecrãs (visualização de filmes)

Ecrãs antes de deitar:

- adiamento do início do sono
- sem impacto na duração total do sono (Brosnan et al., 2024)

Ebooks antes de dormir

- Sem associação a horários de deitar mais tardios (Charmaraman et al., 2021)

Os adolescentes apresentam dificuldade em parar qualquer atividade digital, assumindo mesmo que perdem horas de sono por não conseguirem interromper atividades, maioritariamente, online (Charmaraman, 2021)

Ecrãs entre o deitar e o adormecer:

- Diminuição do tempo total de sono
- Dificuldades no adormecer

Mais despertares noturnos

- Mais despertares noturnos
- Maior sono online durante a noite (Brosnan et al., 2024)

Horários de deitar tardios condicionados por:

- Acesso fácil e sem controlo a dispositivos eletrónicos
- Verificar as redes sociais, medo de ficar de fora
- Assistir a vídeos emocionais ou violentos (Charmaraman et al., 2021)

Consequências baixa qualidade do sono:

- sonolência diurna
- despertares noturnos
- dificuldade em acordar
- baixo desempenho escolar
- irritabilidade
- sentimentos de tristeza
- privação de sono

Adolescência relógio
circadiano fisiologicamente
mais tardio

Predisposição para sono
tardio, consequentemente,
despertar matinal mais
tarde

Facilidade de acesso a
meios digitais

Fórmula favorável ao aumento de
tempo de sono em ecrãs
(OE, 2023)

4 CONCLUSÃO

O uso de ecrãs digitais influencia a qualidade do sono e pode desregular consequências que afetam a qualidade de vida dos adolescentes

O objetivo é o equilíbrio:

- tempo de ecrã e outras atividades essenciais (tempo em família, exercício e sono)
- higiene de sono adequada para toda a família
- criação de um Plano Familiar de Utilização dos Media (Family Media Plan) - site AAP



ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO *"UM DIA COM O RASTREIO NEONATAL"*

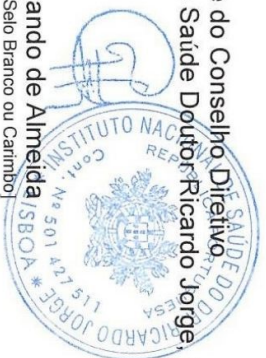
Declaração

Declara-se que **Marina Salvador** participou na ação de formação **Um dia com o rastreio neonatal** organizada pela Unidade de Rastreio Neonatal (URN) deste Instituto Nacional de Saúde, no dia 16 de outubro de 2024, e que decorreu nas instalações da URN, sitas no Centro de Saúde Pública Dr. Gonçalves Ferreira, Rua Alexandre Herculano, 321, 4000-055, Porto, no dia 16 de outubro de 2024, entre as 09h00 e as 16h30, num total de 6 horas.

Lisboa, 17 de outubro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo,
do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

Dr. Fernando de Almeida
[Assinatura/Selo Branco ou Carimbo]



ANEXO II

CERTIFICADO *ENCONTRO DE NEONATOLOGIA DE COIMBRA*



ENCONTRO DE NEONATOLOGIA DE COIMBRA

20-21 FEV
2025 | INSTITUTO SUPERIOR DE
ENGENHARIA DE COIMBRA
CERTIFICADO

Marina Salvador

participou no 1º Encontro de Neonatologia de Coimbra que se realizou nos dias 20 e 21 de fevereiro de 2025.

Pe/A Organização

Adelaide Taborda
(Drª Adelaide Taborda)

Organização: Adelaide Taborda, Ana Ferraz, Andreia Marinhas, Catarina Cordeiro, José Alarcão e Patricia Lapa
Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Daniel de Matos



COM O APOIO DE:

