



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*Desenvolvimento de Competências Especializadas em Saúde
Infantil e Pediátrica: Um Percurso Reflexivo*

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

Joana Gisela Martins da Silva Cunha

Porto – junho de 2026



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*Desenvolvimento de Competências Especializadas em Saúde Infantil e
Pediátrica: Um Percurso Reflexivo*

PRATICUM REPORT

*Development of Specialized Competencies in Child and Pediatric Health
Nursing: A Reflective Journey*

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

Joana Gisela Martins da Silva Cunha

Sob a orientação de Professora Doutora Constança Festas

Porto – junho de 2026

RESUMO

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, tendo como finalidade descrever e analisar criticamente o processo de aquisição e consolidação das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A especificidade dos cuidados à criança, ao jovem e à família requer conhecimentos e competências especializadas que permitam uma prática clínica segura, ética, humanizada e sustentada na melhor evidência científica disponível.

O relatório assenta numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na prática baseada na evidência e na análise crítica das experiências desenvolvidas ao longo do estágio nos contextos de Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Urgência Pediátrica. Integra, igualmente, a reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do percurso profissional em Pediatria e o seu contributo para a construção e consolidação de uma prática especializada, crítica e cientificamente fundamentada.

As experiências formativas favoreceram a consolidação de competências nos domínios da formação, da gestão, da investigação e da prestação de cuidados, promovendo uma atuação clínica reflexiva, ética e cientificamente fundamentada. A mobilização destes saberes reforçou a capacidade de desenvolver cuidados centrados na criança, no jovem e na família, sustentados na comunicação terapêutica, na capacitação parental, no trabalho interdisciplinar e na tomada de decisão clínica baseada na evidência.

O percurso formativo potenciou ainda o desenvolvimento de competências de investigação e de disseminação do conhecimento científico, através da participação em projetos de melhoria da qualidade, revisões da literatura, comunicações científicas e atividades de formação, evidenciando a importância da produção e transferência do conhecimento para a prática clínica.

Conclui-se que o exercício especializado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica requer uma prática crítica, reflexiva e humanizada, sustentada na melhor evidência científica disponível e orientada para a parceria de cuidados com a criança, o jovem e a família, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermeiro Especialista; Competências Especializadas; Cuidados Centrados na Família; Prática Baseada na Evidência; Desenvolvimento Profissional.

ABSTRACT

This Internship Report was developed within the scope of the Final Internship and Report Course Unit of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing at the Portuguese Catholic University. Its purpose is to describe and critically analyse the process of acquiring and consolidating the competencies inherent to the Master's Degree in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing. The specific nature of nursing care provided to children, adolescents, and their families requires specialized knowledge and competencies that support safe, ethical, humanized, and evidence-based clinical practice.

This report is based on a descriptive, analytical, and reflective methodology, grounded in evidence-based practice and in the critical analysis of the experiences developed throughout the internship in the settings of Primary Health Care, the Neonatal Intensive Care Unit, and the Pediatric Emergency Department. It also includes a reflection on the competencies acquired throughout the professional experience in Pediatrics and their contribution to the development and consolidation of a specialized, critical, and scientifically grounded practice.

The educational experiences contributed to the consolidation of competencies in the domains of education, management, research, and care delivery, promoting reflective, ethical, and scientifically informed clinical practice. The integration of this knowledge strengthened the ability to provide child-, adolescent-, and family-centred care, supported by therapeutic communication, parental empowerment, interdisciplinary teamwork, and evidence-based clinical decision-making.

The educational pathway also fostered the development of research and scientific knowledge dissemination competencies through participation in quality improvement projects, literature reviews, scientific communications, and educational activities, highlighting the importance of knowledge production and transfer to clinical practice.

It is concluded that specialized practice in Child and Pediatric Health Nursing requires a critical, reflective, and humanized approach, grounded in the best available scientific evidence and focused on a partnership of care with the child, the adolescent, and the family, contributing to the continuous improvement of the quality and safety of healthcare.

Keywords: Child and Pediatric Health Nursing; Specialist Nurse; Specialized Competencies; Family-Centred Care; Evidence-Based Practice; Professional Development.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim, terás o que colher.”*

Cora Coralina- Poetisa Brasileira

AGRADECIMENTOS

Chega agora ao fim um percurso que representa o culminar de um sonho há muito desejado — um sonho de superação, de crescimento e de uma vontade constante de fazer mais e melhor pelas nossas crianças e pelas suas famílias.

A Pediatria é, e será sempre, uma verdadeira paixão.

Este percurso revelou-se muito mais exigente do que alguma vez imaginei. Posso afirmar, sem dúvida, que este foi o ano mais difícil da minha vida. Um ano marcado por desafios, experiências difíceis, autoconhecimento e superação. Houve momentos em que pensei desistir — e não foram poucos —, mas levo comigo aprendizagens profundas, experiências inesquecíveis e, acima de tudo, pessoas às quais devo uma imensa gratidão.

À Professora Doutora Constança Festas, pela orientação sábia, pela disponibilidade constante, pela paciência e pela força transmitida nos momentos mais difíceis.

Às minhas enfermeiras tutoras, pela generosidade na partilha de conhecimentos, pela riqueza das experiências proporcionadas, pela disponibilidade, carinho e dedicação. Foram verdadeiramente inspiradoras e ficarão para sempre na minha história enquanto enfermeira e no meu coração.

Aos meus amores, pelo amor incondicional, pelo apoio incansável nos momentos mais difíceis e por nunca terem deixado de acreditar em mim, mesmo quando eu própria duvidei. Obrigada por não me terem deixado desistir.

À minha família e aos meus amigos, pela força, compreensão e presença constante ao longo desta caminhada.

Às minhas amigas, por acreditarem em mim, pelo incentivo e por toda a ajuda prestada. Sem vocês, nada disto teria sido possível.

A todos os Professores que contribuíram para este percurso de crescimento, aprendizagem e partilha, o meu sincero agradecimento.

Aos colegas do 18.º Mestrado, por terem sido os melhores companheiros de jornada que poderia ter desejado.

Às minhas colegas EEESIP, por terem escolhido partilhar este caminho comigo.

E, em especial, aos amigos que este mestrado me trouxe — porque, sem vocês, esta caminhada nunca teria sido a mesma.

Levarei cada pessoa, cada aprendizagem e cada desafio comigo, na enfermeira e na pessoa que hoje sou.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS- Agrupamento de Centros de Saúde

APA- American Psychological Association

ASQ-3- Ages and Stages Questionnaires, 3rd Edition

BiPAP-Bi-level Positive Airway Pressure

CPAP-Continuous Positive Airway Pressure

CSP-Cuidados de Saúde Primários

DGS-Direção Geral da Saúde

ECTS- European Credit Transfer and Accumulation System

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI- Equipa Local de Intervenção

NACJR- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP- Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

NSE- Necessidades de Saúde Especiais

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PaedCTAS- Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale

PEG- *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*

PIIP- Plano Individual de Intervenção Precoce

PNSE- Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSI- Plano de Saúde Individual

SClínico-Sistema de Informação Clínico dos Cuidados de Saúde

SNIP- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP- Serviço de urgência Pediátrica

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS- Unidade Local de Saúde

UNICEF- United Nations Children's Fund

USF- Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO	15
2-COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS	19
3-CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS	23
4-DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	29
4.1-DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	30
4.2-DOMÍNIO DA GESTÃO	42
4.3- DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	49
4.4 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	59
5-CONCLUSÃO	93
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	101
APÊNDICE I- Planeamento da Formação de pares “Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica”	103
APÊNDICE II- Revisão Integrativa da Literatura - "Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais"	135
APÊNDICE III- Reformulação do Projeto de Parentalidade Pós-Natal	163
APÊNDICE IV- Comunicação oral na Semana da Amamentação “Mitos, Cultura e Tecnologias na Amamentação” - Resumo e Apresentação PowerPoint	188
APÊNDICE V- Resumo e Poster: "Multiculturalidade e Risco de Maus-Tratos Parentais: O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”	195
APÊNDICE VI- Resumo e Poster: "Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais"	197
APÊNDICE VII- Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolvimento e atividades lúdicas no 1º ano de vida”	203
APÊNDICE VIII- Formação para docentes e não docentes- Epilepsia “A epilepsia na escola- No caminho da inclusão”	233

1-INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Constança Festas.

Este documento constitui o culminar de um percurso formativo, académico e profissional, tendo como finalidade descrever, analisar e refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento e consolidação das competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), em conformidade com os referenciais definidos pela Ordem dos Enfermeiros e com os objetivos estabelecidos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

A Unidade Curricular corresponde a 30 ECTS, num total de 840 horas de trabalho, distribuídas por 360 horas de estágio clínico, 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminários e 440 horas de trabalho autónomo, das quais cerca de 200 horas foram dedicadas à elaboração do presente relatório. O percurso de estágio decorreu entre setembro de 2025 e março de 2026, desenvolvendo-se em três contextos assistenciais distintos e complementares: Cuidados de Saúde Primários (CSP), com integração numa Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). Estes contextos proporcionaram experiências diversificadas e fundamentais para a aquisição e aprofundamento de competências especializadas na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família, em diferentes níveis de complexidade e de intervenção.

O meu percurso profissional em Pediatria, iniciado em 2001, constituiu uma base sólida para a construção das aprendizagens desenvolvidas ao longo deste ciclo de estudos. A experiência acumulada em diferentes contextos pediátricos permitiu desenvolver competências clínicas

diferenciadas, tendo igualmente permitido à creditação da *Unidade Curricular Estágio I – A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica*. Contudo, reconhecendo que o desenvolvimento profissional é um processo contínuo, dinâmico e permanentemente inacabado, a frequência deste mestrado representou uma oportunidade de aprofundamento científico, consolidação de competências e desenvolvimento de uma prática cada vez mais especializada, crítica, reflexiva e sustentada na melhor evidência científica disponível.

O percurso formativo realizado durante o mestrado assentou na mobilização e integração de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, permitindo aprofundar competências na prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família, em diferentes contextos de saúde e doença. Simultaneamente, promoveu o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade reflexiva e da tomada de decisão fundamentada, sustentada na evidência científica.

O plano de estudos do curso estabelece como objetivos gerais para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem:

- Aplicar conhecimentos e capacidades de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de especialização;
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e formular soluções ou juízos fundamentados perante situações de informação limitada ou incompleta, considerando as suas implicações éticas e sociais;
- Tomar decisões fundamentadas, incorporando os resultados da investigação científica e a melhor evidência disponível na prática clínica;
- Comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara, rigorosa e adequada a diferentes interlocutores;
- Desenvolver competências de aprendizagem autónoma e contínua ao longo da vida.

A concretização destes objetivos constituiu o eixo orientador de todo o percurso formativo realizado.

A elaboração deste relatório assenta numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na prática baseada na evidência e na análise crítica das experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Procura-se articular a experiência clínica com os referenciais teóricos da disciplina de Enfermagem, os documentos orientadores da Ordem

dos Enfermeiros e a melhor evidência científica disponível, evidenciando o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Relativamente à sua organização, o relatório inicia-se com a apresentação das competências previamente adquiridas ao longo do percurso profissional e formativo. Segue-se a contextualização dos diferentes locais de estágio e das respetivas áreas de intervenção. O capítulo central é dedicado à análise do desenvolvimento de competências especializadas, organizado de acordo com os quatro domínios de ação do Enfermeiro Especialista definidos pela Ordem dos Enfermeiros — Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação —, onde são descritos os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas e a reflexão crítica sobre as aprendizagens realizadas. Por fim, apresentam-se as conclusões, as referências bibliográficas e os apêndices considerados relevantes para a compreensão do percurso desenvolvido.

A referenciação ao longo do texto e a elaboração das referências bibliográficas seguem as normas da American Psychological Association,(APA) 7.^a edição.

Mais do que a descrição das atividades realizadas, este relatório constitui um exercício de reflexão crítica sobre um percurso de crescimento pessoal e profissional, marcado pela procura contínua da excelência dos cuidados prestados à criança, ao jovem e à família. Representa, igualmente, a consolidação de uma identidade profissional especializada, sustentada em princípios éticos, humanistas e científicos, e orientada para uma prática segura, reflexiva e centrada nas necessidades da criança, do jovem e da sua família.

2-COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS

Ao longo de quase 25 anos de percurso na Enfermagem Pediátrica, reconheço que a construção das minhas competências profissionais tem sido um processo contínuo, dinâmico e profundamente marcado pelas experiências vividas com crianças, jovens e as suas famílias. Mais do que a aquisição de conhecimentos técnicos, este percurso tem representado um desenvolvimento pessoal e profissional sustentado na reflexão, na adaptação e no compromisso com o cuidar.

Neste capítulo pretendo explorar as competências que tenho vindo a desenvolver ao longo destes anos de trabalho contínuo na área da Pediatria e que me permitiram obter a creditação no Estágio I- A saúde da criança e família - vigilância e decisão clínica.

O meu percurso profissional iniciou-se em 2001, num Serviço de Pediatria Médica, de um Centro Hospitalar Nível III, onde exerci funções durante aproximadamente cinco anos. Em 2006, fui transferida para o Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica, onde permaneci até 2009, mantendo, ainda hoje, colaboração pontual em regime de turnos, sempre que necessário.

Este serviço integra igualmente as técnicas de Gastroenterologia Pediátrica, nas quais também estou inserida participando na realização de Endoscopias digestivas altas e baixas, colocação de PEG (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*), Botões de Gastrostomia, Broncoscopias entre outros; bem como o Bloco Operatório de Cirurgia Pediátrica, onde desempenho funções de forma contínua até hoje.

Embora esteja mais envolvida na prestação de cuidados anestésicos, desempenho funções em todas as valências do bloco (admissão, anestesia, instrumentação, circulação e recobro pós-anestésico). Este é um bloco misto, onde se realizam tanto cirurgias minor em regime de ambulatório como cirurgias major de elevada complexidade, abrangendo uma população pediátrica diversificada — desde o prematuro extremo (com peso mínimo registado de 400 gramas) até ao adolescente. Entre as intervenções realizadas incluem-se

cirurgias torácicas e cardíacas, urológicas, oncológicas, gerais, bariátricas, ortopédicas, plásticas, enxertos e tratamento de queimados.

Ocasionalmente colaboro na Consulta Externa de Queimados, prestando cuidados de tratamento de feridas/queimaduras a crianças em regime de ambulatório, em situações de menor gravidade, com controlo eficaz da dor. Nesta consulta, participo igualmente no seguimento (follow-up) de crianças e adolescentes queimados, com vista à prevenção e tratamento precoce de possíveis sequelas.

Esta diversidade de contextos permitiu-me **gerir de forma integrada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação contínua, e adquirir um nível aprofundado de conhecimentos na minha área de especialização** que me permitiram construir uma prática progressivamente mais autónoma, crítica e fundamentada.

No contexto da Pediatria Médica, **prestei cuidados a crianças desde o nascimento até aos dois anos de idade e respetivas famílias, muitas delas com patologias altamente complexas** o que constituiu um marco estruturante no desenvolvimento do meu raciocínio clínico. A prestação de cuidados a crianças com necessidades altamente diferenciadas, nomeadamente crianças traqueostomizadas e ventiladas com BiPAP, crianças com síndromes polimalformativas ou crianças com doenças metabólicas, exigiu não apenas a execução técnica, mas sobretudo a **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, muitas vezes em cenários de incerteza, assim como a **capacidade de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo**

A transição para o Serviço de Cirurgia Pediátrica representou um momento de reconfiguração do meu papel profissional, exigindo a adaptação a um contexto tecnicamente exigente e altamente diferenciado e em que a faixa etária também se alargou até aos 17 anos 364 dias. O contacto com a criança em contexto perioperatório e com a queimada implicou o desenvolvimento da **capacidade de integrar conhecimentos provenientes de diferentes áreas, adequar intervenções a contextos clínicos distintos e gerir cuidados de forma individualizada, tendo sempre presente a necessidade de**

negociação de cuidados com a criança, o jovem e a família, respeitando as suas preferências, valores e nível de participação, **o que implicou o aprofundamento de técnicas de comunicação com a criança e a família e o relacionamento terapêutico no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

O exercício profissional no Bloco Operatório de Cirurgia Pediátrica constitui, atualmente, o principal contexto de desenvolvimento das minhas competências, caracterizando-se pela elevada exigência técnica e pela necessidade de atuação em situações frequentemente imprevisíveis. A atuação nas diferentes áreas do bloco operatório permitiu-me consolidar a capacidade de **atuar em contextos não familiares e de elevada complexidade, integrar informação em tempo real e emitir juízos clínicos fundamentados**, considerando simultaneamente as implicações éticas e a segurança da criança.

Neste contexto, a comunicação assume particular relevância, não só na interação com a criança e família em momentos de elevada vulnerabilidade, mas também na articulação com a equipa, sendo determinante para a segurança e qualidade dos cuidados. Durante estes anos de prática profissional fui **desenvolvendo capacidade de trabalhar de forma adequada, nas equipas multidisciplinares e interdisciplinares dos serviços** onde presto cuidados, reconhecendo a complementaridade de saberes e a importância de uma atuação articulada na resposta às necessidades da criança e família.

A colaboração na Consulta Externa de Queimados e na área da Gastroenterologia Pediátrica contribuiu para alargar a minha compreensão dos processos de continuidade de cuidados, permitindo-me **refletir sobre a importância do acompanhamento longitudinal e da intervenção centrada na família.** Nestes contextos, desenvolvi a capacidade de **avaliar criticamente a adequação das intervenções, incorporar evidência científica na prática e ajustar os cuidados às necessidades específicas da criança e família.**

A minha **participação na integração e supervisão de estudantes e novos profissionais** constituiu igualmente um espaço de desenvolvimento relevante, permitindo-me assumir um papel ativo na **promoção do desenvolvimento profissional de outros enfermeiros** e na **supervisão do exercício profissional**, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a construção de equipas mais diferenciadas.

Do mesmo modo, o **envolvimento em projetos institucionais**, como a parametrização inicial do Sistema de Informação Clínico dos Cuidados de Saúde (SClínico) para a Pediatria e **a participação em processos de auditoria**, permitiu-me desenvolver competências ao nível da **análise de problemas complexos de forma sistemática e crítica**, bem como da **promoção da qualidade e segurança dos cuidados**, evidenciando uma prática alinhada com os referenciais de qualidade e com a melhoria contínua.

A **participação em atividades de formação de pares**, nomeadamente na 3ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica como formadora com o Workshop: *“Integrando pressão negativa: estratégias multidisciplinares para o tratamento de feridas”*, bem como em **formações em serviço, em contexto formal e informal**, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da competência de **comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico**. Esta competência tem-se refletido na **capacidade de transmitir conhecimentos resultantes da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas como ao público em geral**.

Assim, considero que o meu percurso profissional evidencia não apenas a aquisição de competências técnicas e científicas, mas também o desenvolvimento de uma postura crítica, reflexiva e ética face à prática, demonstrando capacidade para integrar conhecimentos, lidar com a complexidade, tomar decisões fundamentadas, comunicar eficazmente com a criança, jovem e família e atuar de forma autónoma e colaborativa em equipas multidisciplinares.

Não obstante o percurso realizado, reconheço que o desenvolvimento profissional é um processo inacabado, que exige atualização constante e reflexão contínua. Neste sentido, a frequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica surge como uma oportunidade de aprofundamento do conhecimento, de consolidação de competências e de desenvolvimento de uma prática cada vez mais fundamentada, crítica e centrada na evidência, reforçando o compromisso com a excelência dos cuidados prestados à criança, ao jovem e à família.

3-CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS

A Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” decorreu entre 4 de setembro de 2025 e 28 de março de 2026, correspondendo a uma carga horária total de 840 horas e a 30 ECTS. A distribuição horária compreendeu 360 horas de estágio em contexto clínico, 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de participação em seminários, 240 horas de trabalho autónomo e 200 horas destinadas à elaboração do Relatório de Estágio.

Esta Unidade Curricular integrou a realização de estágio em três contextos distintos — Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Urgência Pediátrica — culminando na elaboração do presente relatório, no âmbito da obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Universidade Católica Portuguesa.

O estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários decorreu entre 4 de setembro e 20 de dezembro de 2025, com uma duração total de 180 horas. Iniciou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), seguindo-se posteriormente a integração numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

A UCC integra os Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental (ACeS), articulando-se diretamente com as diferentes Unidades de Saúde Familiar. A sua intervenção centra-se na prestação de cuidados domiciliários e comunitários à pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo de vida, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e acompanhamento de grupos vulneráveis ou em situação de dependência física, funcional ou mental. A atuação da equipa assenta nos padrões de qualidade definidos pelas diferentes ordens profissionais, privilegiando a acessibilidade, a proximidade e a satisfação dos utentes, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

A UCC contempla diversas áreas de intervenção, designadamente Saúde Escolar, Saúde Infantil, Saúde Materna e Obstétrica, Reabilitação e Fisioterapia, Cuidados Continuados Integrados, bem como projetos específicos, como o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens

em Risco (NACJR) e a Equipa Local de Intervenção (ELI). A equipa multidisciplinar é constituída por dezasseis enfermeiros, um fisioterapeuta, dois médicos, dois secretários clínicos e dois assistentes operacionais.

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, foi ainda possível desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica numa Unidade de Saúde Familiar. A USF constitui uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada em rede com as restantes unidades funcionais do ACeS Porto Ocidental, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

A missão da USF centra-se na prestação de cuidados personalizados, globais e acessíveis ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida dos utentes, procurando assegurar elevados padrões de qualidade através de um modelo de gestão partilhada e de trabalho em equipa. Paralelamente, promove a melhoria contínua da acessibilidade e da satisfação, tanto dos utentes como dos profissionais. A equipa é constituída por cinco médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, dois internos da especialidade, cinco enfermeiros de família, três secretários clínicos e um assistente operacional. Os valores orientadores desta unidade incluem o respeito mútuo, a honestidade, o rigor profissional e a partilha de conhecimentos.

O estágio em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais decorreu entre 5 de janeiro e 14 de fevereiro de 2026, contemplando 90 horas de contacto clínico. Foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de uma unidade hospitalar de nível III da zona norte do país, integrada na Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança. Esta estrutura coordena a atividade clínica e administrativa de dez serviços, contando com mais de 700 colaboradores e assegurando uma resposta diferenciada a patologias raras e complexas. Integra áreas como Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatologia, Obstetrícia, Oncologia Pediátrica, Pediatria e Urgência Pediátrica, entre outras.

A missão do Serviço de Neonatologia assenta na prestação de cuidados perinatais e neonatais diferenciados, sustentados em elevados padrões de qualidade, rigor científico, ética e humanização, promovendo simultaneamente a formação e a investigação. O serviço procura afirmar-se como uma referência nacional e internacional na prestação de

cuidados neonatais altamente especializados, particularmente em áreas de elevada diferenciação clínica.

O Serviço de Neonatologia funciona como serviço autónomo desde 1996, após ter iniciado atividade, em 1983, como Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais integrada no Departamento de Pediatria. Atualmente, encontra-se organizado em cinco setores: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Sala de Partos, Perinatologia, Consulta Externa e Banco de Leite Humano do Norte. A equipa é constituída por dezassete médicos neonatologistas, cinquenta e três enfermeiros, oito assistentes operacionais e um assistente técnico.

A UCIN corresponde a uma unidade de nível III e a um Centro de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado, dispondo de dezassete postos, dos quais dez destinados a cuidados intensivos e sete a cuidados intermédios. Recebe recém-nascidos provenientes da própria instituição e transferidos de outros hospitais, incluindo situações de extrema prematuridade e patologias cardíacas, metabólicas e cirúrgicas complexas. A unidade apresenta elevada diferenciação técnica, recorrendo a cuidados especializados como reanimação neonatal avançada, ventilação mecânica neonatal invasiva e não invasiva, administração de óxido nítrico inalado, monitorização avançada, Near- infrared spectroscopy e Eletroencefalograma de amplitude integrada, hipotermia induzida e Extracorporeal Membrane Oxygenation. Constitui ainda um centro de formação NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), promovendo cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido e da família, com foco na humanização dos cuidados e na redução do stress neonatal.

Para além da UCIN, o Serviço de Neonatologia integra outros setores complementares. A Sala de Partos encontra-se integrada no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, sendo a assistência neonatal assegurada pelo Serviço de Neonatologia. O setor de Perinatologia acompanha recém-nascidos sem necessidade de cuidados especiais, promovendo, sempre que possível, o internamento conjunto mãe-bebé.

A Consulta Externa de Neonatologia assegura o seguimento dos recém-nascidos após a alta hospitalar, garantindo continuidade de cuidados, vigilância clínica e referência para outras especialidades sempre que necessário. Por sua vez, o Banco de Leite Humano do Norte funciona através de uma equipa multidisciplinar e tem como principal objetivo disponibilizar leite humano pasteurizado de dadora a recém-nascidos de risco,

particularmente prematuros. Este serviço assume um papel fundamental na promoção da saúde neonatal e no apoio às unidades neonatais da região Norte.

O estágio em contexto do Serviço de Urgência Pediátrica decorreu entre 16 de fevereiro e 28 de março de 2026, num serviço de urgência pediátrica polivalente de um hospital de nível III da região norte do país, num total de 90 horas de contacto clínico.

O Serviço de Urgência Pediátrica presta cuidados a crianças desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, em situações de doença ou trauma grave, quer em contexto de atendimento primário, quer por referência da Saúde 24 ou dos Cuidados de Saúde Primários.

A equipa multidisciplinar é constituída por cinquenta e quatro enfermeiros, dos quais dezassete são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, incluindo a Enfermeira Gestora. Os profissionais encontram-se distribuídos por equipas, estando presentes, em cada turno, oito enfermeiros alocados às diferentes áreas de atendimento. O chefe de equipa é sempre um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O acesso ao SUP inicia-se pela triagem, momento em que é realizada a primeira avaliação da criança. O sistema utilizado para este efeito é o Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale – PaedCTAS). Trata-se de um instrumento estruturado e dinâmico que permite avaliar rapidamente a criança em contexto de urgência, atribuindo prioridade de atendimento de acordo com a gravidade clínica e o risco de deterioração. Baseia-se na observação sistemática, na avaliação dos sinais vitais, da dor e do estado geral da criança, constituindo um elemento fundamental para garantir a segurança, eficiência e qualidade dos cuidados pediátricos.

Após a triagem, a criança é encaminhada, de acordo com o motivo de admissão no Serviço de Urgência e com a prioridade atribuída, para diferentes salas de espera até à observação pela equipa médica. Nos casos considerados não urgentes, correspondentes às prioridades azul ou verde, existe a possibilidade de encaminhamento para o Centro de Atendimento Clínico, localizado noutra unidade hospitalar e com apoio de Pediatria, desde que exista concordância da família. Esta estratégia visa reduzir os tempos de espera dos casos não urgentes, promover uma maior eficiência do Serviço de Urgência e aumentar a satisfação das crianças e respetivas famílias.

As crianças em situação clínica de maior gravidade, ou que necessitam de vigilância e cuidados diferenciados, permanecem em áreas específicas do Serviço de Urgência, nomeadamente na área laranja ou na Unidade de Observação. Nestes locais são assegurados cuidados contínuos e uma monitorização clínica rigorosa, permitindo uma intervenção rápida e adequada perante situações de maior complexidade ou risco de deterioração do estado clínico. As crianças permanecem nestas áreas até ser definido o seu encaminhamento hospitalar, podendo este corresponder ao internamento, à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos ou a outra unidade hospitalar adequada às suas necessidades clínicas.

4-DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constituiu o eixo central deste percurso formativo, traduzindo um processo contínuo de integração entre conhecimento científico, experiência clínica e reflexão crítica sobre a prática. A aquisição destas competências permitiu consolidar uma intervenção especializada centrada na criança, no jovem e na família, orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e resposta às necessidades de cuidados em contextos de crescente complexidade.

Em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), bem como com os objetivos definidos para a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do ciclo de estudos, este capítulo analisa o percurso de desenvolvimento profissional realizado nos contextos de Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Urgência Pediátrica.

A reflexão apresentada procura evidenciar a forma como as experiências de estágio, articuladas com o percurso profissional previamente desenvolvido na área da Pediatria, contribuíram para a consolidação do juízo clínico, da capacidade de tomada de decisão e da mobilização de conhecimentos sustentados na melhor evidência científica disponível. Mais do que descrever as atividades realizadas, pretende-se analisar criticamente o seu contributo para a construção de uma prática especializada, ética, reflexiva e humanizada.

Para efeitos de organização e sistematização, as competências desenvolvidas foram agrupadas de acordo com os quatro domínios de intervenção do Enfermeiro Especialista — Formação, Gestão e Investigação e Prestação de Cuidados. Em cada domínio são apresentados os objetivos delineados, as atividades implementadas e a respetiva fundamentação teórica e reflexão crítica, procurando demonstrar a interligação entre os diferentes contextos de aprendizagem e a natureza integrada do exercício profissional especializado.

Embora esta organização responda a uma necessidade metodológica, importa reconhecer que a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica resulta da articulação dinâmica destes domínios, cuja complementaridade sustenta uma abordagem global e centrada nas necessidades da criança, do jovem e da família.

4.1-DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A formação contínua constitui não apenas uma estratégia de desenvolvimento profissional e de melhoria da qualidade dos cuidados, mas também uma responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem especializada. Sendo a Enfermagem uma área em permanente evolução científica, tecnológica e social, torna-se fundamental que o enfermeiro mantenha uma atitude de atualização constante, integrando conhecimentos provenientes da formação académica, da experiência profissional e da prática clínica. Neste sentido, a aprendizagem ao longo da vida assume um papel central no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, favorecendo uma prática crítica, reflexiva e adaptativa, capaz de responder aos desafios crescentes dos contextos de saúde (Billett, 2016; Kolb & Kolb, 2018; Mlambo et al., 2021).

O enfermeiro especialista deve assumir uma postura crítica e reflexiva sobre a sua prática, identificando necessidades formativas e investindo continuamente no seu desenvolvimento profissional, de forma a garantir cuidados de qualidade, seguros e sustentados na melhor evidência científica disponível. A atualização contínua do conhecimento e o compromisso com a aprendizagem permanente são reconhecidos como elementos fundamentais para a excelência dos cuidados e para a melhoria dos resultados em saúde (Melnik & Fineout-Overholt, 2023; Mlambo et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, ao longo do percurso do mestrado, procurei desenvolver competências no domínio da formação, quer ao nível do meu autodesenvolvimento pessoal e profissional, quer no âmbito da formação e desenvolvimento de pares. Deste modo, serão apresentados, de forma reflexiva, os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas neste domínio.

COMPETÊNCIAS:

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

OBJETIVOS:

- Promover o autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Adquirir e aprofundar conhecimentos na área da enfermagem pediátrica.

REFLEXÃO:

Ao longo do percurso de mestrado, quer na componente teórica, quer nos diferentes contextos de estágio, fui compreendendo que o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista exige uma atitude contínua de procura de conhecimento, análise crítica e questionamento da prática. A constante evolução científica e a crescente complexidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica reforçam a necessidade de atualização permanente, sustentando uma prática baseada na evidência científica e centrada na criança e na família (Kuo et al., 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019).

Neste sentido, **procurei manter uma postura proativa na aquisição e aprofundamento de conhecimentos, recorrendo frequentemente à pesquisa bibliográfica para fundamentar a prática clínica e responder às necessidades identificadas nos diferentes contextos de estágio.** A necessidade de procurar evidência científica surgiu sobretudo perante situações clínicas complexas, dúvidas relacionadas com intervenções específicas ou necessidade de adequar os cuidados às particularidades de cada criança e família.

Nos cuidados de saúde primários, senti necessidade de **aprofundar conhecimentos relacionados com a promoção da amamentação, desenvolvimento infantil, padrões de sono, choro do lactente e utilização adequada dos sistemas de retenção infantil**, temas frequentemente abordados junto das famílias. Surgiu igualmente a necessidade **de pesquisar sobre introdução alimentar segundo princípios da alimentação integrativa**, de forma a

adequar as estratégias alimentares às crenças de uma mãe, sem comprometer o desenvolvimento da criança.

Esta experiência permitiu-me compreender a importância de cuidados individualizados, culturalmente sensíveis e sustentados na evidência científica, reconhecendo a família como elemento central nos cuidados à criança, em consonância com os princípios do cuidado centrado na família e da parceria terapêutica descritos por Kuo et al. (2012) e pela Ordem dos Enfermeiros (2018) e reforçados pelas atuais orientações internacionais em saúde pediátrica.

No contexto da Neonatologia, **aprofundi conhecimentos relacionados com o modelo NIDCAP, cuidados à pele do recém-nascido prematuro e avaliação da dor neonatal**, procurando compreender intervenções promotoras do neurodesenvolvimento e do conforto do recém-nascido. Já no Serviço de Urgência Pediátrica, **senti necessidade de consolidar conhecimentos relacionados com o Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale – PaedCTAS), comunicação terapêutica e gestão emocional em situações de maior ansiedade e tensão familiar.**

Ao longo deste percurso, a integração da evidência científica revelou-se fundamental para sustentar intervenções, reforçar a segurança na tomada de decisão clínica e desenvolver uma prática mais consciente e fundamentada. A utilização de práticas baseadas na evidência contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, promovendo uma tomada de decisão clínica mais segura e eficaz (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Durante os diferentes contextos de estágio **fui desenvolvendo maior consciência relativamente à importância de manter uma atitude interrogativa perante a prática e de saber procurar, analisar e mobilizar a melhor evidência disponível**, reconhecendo esta competência como essencial no exercício do enfermeiro especialista.

Os momentos formativos vivenciados nos contextos de estágio contribuíram igualmente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. As passagens de turno, reuniões de equipa e momentos de partilha de experiências constituíram oportunidades importantes de aprendizagem, permitindo discutir situações clínicas, refletir sobre intervenções e consolidar conhecimentos.

Tive a oportunidade de **participar ativamente nos momentos de discussão clínica promovidos pelas equipas, valorizando a partilha de conhecimentos e experiências**

entre profissionais como estratégia de aprendizagem. Estes momentos permitiram-me **contactar com diferentes formas de atuação, desenvolver capacidade de análise crítica e compreender a importância da aprendizagem colaborativa no desenvolvimento profissional, numa lógica de construção e partilha do conhecimento entre profissionais e equipas** (Wenger-Trayner & Wenger-Trayner, 2020).

Na Neonatologia, as passagens de turno e as discussões em equipa revelaram-se particularmente importantes para **aprofundar conhecimentos relacionados com os cuidados ao recém-nascido prematuro e compreender o raciocínio clínico subjacente às intervenções realizadas**. Já no Serviço de Urgência Pediátrica, **a observação e reflexão conjunta sobre situações de maior complexidade contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão e gestão emocional em contexto de maior exigência**.

A minha experiência profissional na área da pediatria revelou-se facilitadora ao longo deste percurso, permitindo-me adaptar mais facilmente aos diferentes contextos de estágio e integrar, de forma mais consistente, os conhecimentos teóricos desenvolvidos ao longo do mestrado. Em diversas situações, os **conhecimentos anteriormente adquiridos permitiram-me atuar com maior segurança, compreender melhor determinadas dinâmicas assistenciais e participar de forma mais ativa na discussão de situações clínicas e na partilha de experiências com os diferentes profissionais das equipas**.

Este percurso favoreceu uma postura mais crítica, levando-me a **questionar algumas intervenções observadas nos diferentes contextos e a procurar compreender a sua fundamentação e adequação à evidência científica mais recente**. Este processo permitiu-me reconhecer a importância de não assumir os cuidados como práticas imutáveis, mas antes como intervenções que devem ser continuamente analisadas, fundamentadas e ajustadas às necessidades da criança e da família.

O período teórico do mestrado contribuiu igualmente para o desenvolvimento destas competências, promovendo uma maior capacidade de análise crítica, articulação entre teoria e prática e fundamentação da tomada de decisão clínica. Esta perspetiva encontra-se alinhada com o modelo de aprendizagem experiencial descrito por Kolb e Kolb (2018), segundo o qual a aprendizagem resulta da integração entre experiência, reflexão, conceptualização e aplicação prática do conhecimento.

Reconheço, assim, a formação contínua como um processo dinâmico, intencional e permanente, fundamental para o desenvolvimento profissional e para a qualidade dos cuidados prestados. Considero que este percurso contribuiu significativamente para o desenvolvimento das competências previstas neste domínio, reforçando a importância da aprendizagem ao longo da vida no exercício do enfermeiro especialista, enquanto processo contínuo de desenvolvimento profissional e melhoria da prática clínica (Billett, 2016; Mlambo et al., 2021).

COMPETÊNCIAS:

- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- Promover a formação em serviço na área de especialização;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

OBJETIVOS:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de pares.

REFLEXÃO:

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, fui compreendendo, de forma cada vez mais clara, que o enfermeiro especialista não se limita à prestação de cuidados diferenciados, assumindo igualmente um papel relevante na formação, orientação e capacitação das equipas. **Observei que a formação contínua é valorizada como uma estratégia essencial para promover a qualidade e segurança dos cuidados**, sendo desenvolvida através de reuniões de equipa, discussão de casos clínicos, formação em serviço e partilha de evidência científica. **Verifiquei ainda que os diferentes contextos clínicos procuram organizar momentos formativos ajustados às necessidades identificadas pelas equipas** e às especificidades do serviço, promovendo a atualização contínua dos profissionais e a melhoria dos cuidados prestados. Esta perspetiva encontra-se alinhada com os princípios da aprendizagem contínua, reflexiva e colaborativa em contexto clínico, reconhecendo a prática

profissional como um espaço privilegiado de construção e partilha do conhecimento, favorecendo o desenvolvimento contínuo das competências (Billett, 2016; Wenger-Trayner & Wenger-Trayner, 2020).

Em todos os contextos de estágio, tive oportunidade de **participar em momentos formais e informais de formação e discussão clínica, que se revelaram importantes oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional**. As reuniões de equipa, passagens de turno e momentos de partilha de conhecimentos permitiram-me compreender a importância da aprendizagem colaborativa na atualização contínua dos profissionais e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Observei que cada contexto de estágio apresentava dinâmicas próprias de partilha de informação, discussão clínica e atualização de conhecimentos entre profissionais, reconhecendo a importância destes momentos na consolidação de práticas mais seguras, fundamentadas e ajustadas às necessidades das crianças e famílias. Estas experiências permitiram-me compreender que a formação em serviço não se limita à transmissão de conteúdos, assumindo-se como um processo contínuo de construção, atualização e partilha de conhecimento entre profissionais, favorecendo simultaneamente o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e críticas (Billett, 2016; Wenger-Trayner & Wenger-Trayner, 2020).

A participação nestes momentos contribuiu também para o desenvolvimento de uma maior capacidade de observação e análise das necessidades formativas existentes nos contextos clínicos. Neste sentido, foi no Serviço de Urgência Pediátrica que **identifiquei de forma mais evidente uma necessidade formativa relacionada com a gestão da agressividade parental**. A vivência de uma situação de agressividade verbal por parte de uma mãe permitiu-me reconhecer não apenas o impacto emocional e o desconforto gerado na equipa, mas também a inexistência de estratégias uniformizadas de atuação perante este tipo de situações. A diversidade de respostas dos profissionais levou-me a **analisar esta problemática de forma mais crítica, reconhecendo-a como uma situação complexa, com impacto na segurança, na gestão emocional dos profissionais e na qualidade dos cuidados prestados**.

Ao **discutir a situação com a enfermeira tutora**, compreendi que esta problemática poderia constituir uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento para a equipa, reforçando a importância do enfermeiro especialista enquanto facilitador da aprendizagem e promotor

da formação em serviço, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018, 2019) e sustentado pelos princípios da aprendizagem em contexto de trabalho e do desenvolvimento profissional contínuo (Billett, 2016; Mlambo et al., 2021).

A elaboração da proposta formativa intitulada "*Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica*" (Apêndice I) constituiu uma importante oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Inicialmente, **procurei aprofundar a problemática através da observação da prática clínica e da realização de uma revisão da literatura, de forma a fundamentar a intervenção com base na evidência científica mais recente.**

A análise da literatura permitiu compreender que os comportamentos agressivos dos pais surgem frequentemente associados a elevados níveis de ansiedade, medo, incerteza e sensação de perda de controlo perante a situação clínica da criança. Neste contexto, estratégias como a comunicação terapêutica, a escuta ativa, a validação emocional e a prestação de informação clara e adequada assumem um papel fundamental na prevenção e gestão de situações de conflito. Estudos recentes realizados em contexto de urgência pediátrica destacam que o fortalecimento das competências comunicacionais dos profissionais favorece a construção de relações de confiança com as famílias, reduz a tensão emocional e contribui para minimizar episódios de agressividade verbal e comportamentos disruptivos por parte dos pais (Baby et al., 2018; Hockenberry et al., 2023). A evidência disponível reforça que a formação dos profissionais em técnicas de desescalada verbal e gestão de conflitos constitui uma estratégia eficaz para promover ambientes assistenciais mais seguros e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Baby et al., 2018; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O planeamento da sessão formativa exigiu capacidade de organização, seleção de conteúdos e adequação das estratégias pedagógicas ao contexto clínico. Optei por uma metodologia participativa, centrada na discussão de situações reais e na partilha de experiências, por considerar que esta abordagem favorece maior envolvimento dos profissionais e facilita a integração do conhecimento na prática clínica. Este processo permitiu-me compreender que a formação em serviço deve promover não apenas a aquisição de conhecimentos, mas também a análise crítica, a reflexão sobre a prática e a construção colaborativa de estratégias de intervenção. Esta perspetiva encontra-se alinhada com o modelo de aprendizagem

experiential descrito por Kolb e Kolb (2018), segundo o qual a aprendizagem resulta da integração entre experiência, reflexão, conceptualização e aplicação prática do conhecimento.

Foi igualmente realizado o planeamento estruturado da sessão formativa, incluindo a definição de objetivos, a caracterização da população-alvo, a seleção dos conteúdos programáticos, a metodologia pedagógica e a duração prevista da sessão. Foram ainda definidos os recursos necessários e os instrumentos de avaliação, nomeadamente questionários diagnósticos e finais, com o objetivo de avaliar os conhecimentos prévios e os ganhos de aprendizagem alcançados pelos participantes. (Apêndice I)

Por constrangimentos alheios à minha vontade, não foi possível implementar a formação durante o período de estágio. No entanto, todo o processo de conceção e preparação da intervenção formativa constituiu uma experiência particularmente enriquecedora e relevante para o meu desenvolvimento profissional. **A realização da revisão da literatura permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo, identificar recomendações baseadas na evidência científica mais recente e refletir criticamente sobre a sua aplicabilidade ao contexto clínico.** Este trabalho de pesquisa foi fundamental para a estruturação dos conteúdos da formação, assegurando a sua pertinência, atualidade e adequação às necessidades identificadas na equipa.

Permitiu-me **desenvolver competências ao nível da identificação e análise de necessidades formativas, da pesquisa e seleção crítica da evidência científica, do planeamento e organização da sessão de formação dirigida a pares, bem como da elaboração de estratégias pedagógicas adequadas aos objetivos de aprendizagem definidos.** Este processo contribuiu ainda para o fortalecimento das minhas capacidades de comunicação, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada na evidência, competências essenciais para a prática de Enfermagem Especializada (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Esta experiência possibilitou-me tomar maior consciência dos desafios inerentes à implementação de iniciativas formativas em contexto clínico, nomeadamente a gestão do tempo, a articulação com a dinâmica das equipas multidisciplinares e a prioridade frequentemente atribuída à atividade assistencial. Esta reflexão reforçou a importância do planeamento antecipado, da flexibilidade organizacional e da sensibilização das equipas para

a relevância da formação contínua como estratégia promotora da qualidade e segurança dos cuidados.

Apesar de não ter sido possível concretizar a implementação da sessão formativa, a reflexão em torno desta problemática não ficou limitada à construção da proposta pedagógica. Neste contexto, **tive oportunidade de discutir com a enfermeira gestora algumas estratégias de segurança passíveis de serem implementadas** no Serviço de Urgência Pediátrica, nomeadamente a introdução de botões de pânico nas diferentes áreas do serviço. Esta medida teria como objetivo reforçar a segurança dos profissionais, permitindo ao enfermeiro solicitar ajuda de forma rápida e discreta em situações de agressividade ou descontrolo comportamental por parte dos acompanhantes, particularmente em momentos em que se encontra sozinho na prestação de cuidados.

Esta reflexão permitiu-me compreender a importância de associar a formação à implementação de medidas organizacionais e institucionais promotoras de ambientes terapêuticos mais seguros para profissionais, crianças e famílias. Como estratégia de continuidade do trabalho desenvolvido, a proposta formativa e os materiais elaborados ficaram à responsabilidade da enfermeira tutora, possibilitando a sua futura partilha com a equipa.

Esta experiência reforçou a importância da formação entre pares enquanto estratégia promotora do desenvolvimento profissional e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Simultaneamente, permitiu-me compreender que a eficácia destas iniciativas depende significativamente das condições organizacionais existentes. Na minha perspetiva, é fundamental que exista maior investimento institucional nesta área, promovendo uma formação contínua estruturada, integrada na prática clínica e ajustada às necessidades reais das equipas.

Esta vivência contribuiu de forma muito significativa para o meu crescimento pessoal e profissional, permitindo-me compreender melhor o papel do enfermeiro especialista enquanto promotor da aprendizagem, desenvolvimento profissional e melhoria contínua dos cuidados, tal como defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2019). Simultaneamente, reforçou a importância da aprendizagem colaborativa, da reflexão crítica e da mobilização da evidência científica na construção de práticas mais seguras e fundamentadas, em consonância com os princípios da aprendizagem colaborativa, da prática reflexiva e da

mobilização da evidência científica descritos por Billett (2016), Melnyk e Fineout-Overholt (2023) e Wenger-Trayner e Wenger-Trayner (2020).

COMPETÊNCIA:

- Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

OBJETIVO:

- Compreender a dinâmica de integração de novos enfermeiros.

REFLEXÃO:

No contexto da UCC, tive a oportunidade de **participar na recepção e avaliação de dois grupos de alunas da Licenciatura em Enfermagem**, juntamente com a minha tutora, o que me permitiu **assumir um papel ativo na formação de futuros profissionais, desenvolvendo competências de orientação, supervisão e feedback**, fundamentais no exercício da enfermagem especializada e da liderança clínica (Marquis & Huston, 2017). Esta experiência permitiu-me reconhecer a importância de uma integração estruturada dos estudantes em contexto clínico, entendida como um processo que deve ser planeado e orientado, promovendo um ambiente de aprendizagem seguro e facilitador do desenvolvimento de competências.

Ao longo do meu percurso profissional, tive igualmente oportunidade de orientar vários estudantes da Licenciatura em Enfermagem em diferentes contextos clínicos, experiência que contribuiu significativamente para o desenvolvimento das minhas competências pedagógicas e relacionais. Esta vivência permitiu-me **adquirir maior capacidade para identificar dificuldades, reconhecer necessidades individuais de aprendizagem e desenvolver estratégias ajustadas ao perfil de cada estudante, promovendo uma integração mais segura e facilitadora do desenvolvimento de competências**. Percebi, assim, que o acompanhamento próximo, o incentivo à reflexão e a adaptação das estratégias de supervisão são fundamentais para **promover a confiança, autonomia e evolução progressiva dos estudantes**.

A evidência científica destaca que a supervisão clínica desempenha um papel relevante na articulação entre teoria e prática, contribuindo para o desenvolvimento de competências e para a qualidade da aprendizagem dos estudantes (Tuomikoski et al., 2020). Neste sentido, o enfermeiro especialista assume um papel importante enquanto facilitador da aprendizagem, apoiando o estudante na mobilização de conhecimentos e incentivando a reflexão crítica sobre a prática, através da supervisão clínica e do acompanhamento sistemático do processo de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros 2018).

No que diz respeito à avaliação, compreendi que esta deve ir além de uma perspectiva classificativa, assumindo-se como um processo formativo, contínuo e orientado para a melhoria. O feedback surge, assim, como um elemento central, permitindo ao estudante reconhecer os seus pontos fortes e identificar áreas de desenvolvimento, contribuindo para uma aprendizagem mais significativa (Cant et al., 2021).

Apesar disso, reconheço que a integração e o acompanhamento dos estudantes podem ser condicionados por fatores como a carga de trabalho e a dinâmica dos serviços, o que exige do enfermeiro especialista capacidade de adaptação e gestão do processo formativo. Ainda assim, considero que este papel é fundamental para a formação de profissionais competentes e para a sustentabilidade da enfermagem.

Para além da formação de estudantes, tive também a oportunidade de contactar com o processo de integração de novos profissionais em contexto hospitalar. Em Neonatologia, **acompanhei a integração de uma enfermeira recém-admitida no serviço**, o que me permitiu compreender a importância de estratégias estruturadas de acolhimento e integração, fundamentais para a adaptação do profissional, aquisição de competências e garantia da qualidade e segurança dos cuidados. A evidência demonstra que programas de integração bem estruturados contribuem para a melhoria da confiança, satisfação profissional e retenção dos enfermeiros, particularmente em contextos de elevada exigência clínica (Rush et al., 2019).

Ao longo da minha experiência profissional, também tive oportunidade de colaborar na integração de enfermeiros recém-admitidos, através da partilha de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e apoio na adaptação às dinâmicas dos serviços e à prestação de cuidados. Considero que esta partilha informal de conhecimentos e experiências assume um papel relevante na facilitação da integração dos profissionais, promovendo maior segurança, confiança e autonomia progressiva no desempenho das suas funções. Esta experiência

permitiu-me desenvolver competências relacionais e de liderança, reforçando a importância do trabalho colaborativo e do apoio entre pares na construção de equipas mais coesas e preparadas (Cummings et al., 2018).

Durante este processo, observei que a colega em integração realizava turnos com diferentes enfermeiras especialistas, o que, do meu ponto de vista, apresenta vantagens e desvantagens. Por um lado, esta rotatividade permitia-lhe contactar com diferentes estilos de prática, enriquecer a sua aprendizagem e desenvolver uma maior capacidade de adaptação a diversas abordagens clínicas. Por outro lado, esta diversidade pode, contudo, dificultar a continuidade do acompanhamento e a consolidação das aprendizagens, uma vez que cada profissional possui formas próprias de atuar e orientar.

Tive, inclusivamente, a oportunidade de realizar um turno com esta colega e com a minha tutora, durante o qual tínhamos ao nosso cuidado duas recém-nascidas, gémeas prematuras de 30 semanas. Esta interação permitiu-me **partilhar alguma da experiência adquirida ao longo do meu percurso profissional, apoiando a colega na adaptação ao serviço e na prestação de cuidados específicos em contexto de neonatologia**. Durante este turno, pude também **observar a dinâmica existente entre a minha tutora, enquanto enfermeira especialista, e nós enquanto elementos em processo de aprendizagem**. Foi particularmente relevante perceber como a tutora ajustava a sua intervenção às nossas necessidades, promovendo momentos de orientação, questionamento e reflexão, ao mesmo tempo que assegurava a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Esta experiência reforçou a importância do acompanhamento próximo e do suporte contínuo na integração de novos profissionais, sobretudo em contextos de elevada complexidade como a neonatologia. A evidência científica demonstra que o desenvolvimento progressivo de competências é favorecido pela supervisão clínica, pela aprendizagem em contexto real e pela reflexão sobre a prática, promovendo maior segurança e autonomia profissional (Tuomikoski et al., 2020). Neste sentido, o papel do enfermeiro especialista revela-se central, não apenas na transmissão de conhecimentos, mas também na facilitação do raciocínio clínico e na promoção de uma prática reflexiva.

Esta vivência levou-me **a refletir sobre os desafios associados a estes processos, nomeadamente a necessidade de conciliar a integração de novos profissionais com as exigências assistenciais do serviço**. Ainda assim, considero que a existência de estratégias

estruturadas de acolhimento, supervisão e acompanhamento é fundamental para promover uma integração eficaz, segura e promotora do desenvolvimento profissional.

Reconheço que a integração de novos profissionais constitui um momento crítico no seu percurso, sendo determinante para o desenvolvimento de competências e para a qualidade dos cuidados prestados, reforçando a importância do papel do enfermeiro especialista neste domínio.

As experiências vivenciadas no domínio da formação permitiram-me desenvolver competências ao nível da comunicação, ensino, supervisão, planeamento formativo e reflexão crítica. Reconheço o enfermeiro especialista como um agente ativo na promoção da aprendizagem e na melhoria contínua dos cuidados, sendo a formação um processo dinâmico, contínuo e essencial à excelência, qualidade e segurança da prática profissional em enfermagem, sustentado na reflexão crítica, na aprendizagem em contexto de trabalho e na prática baseada na evidência (Billett, 2016; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019).

4.2-DOMÍNIO DA GESTÃO

O domínio da gestão constitui uma dimensão fundamental da prática do Enfermeiro Especialista, integrando competências relacionadas com a liderança clínica, gestão de cuidados, supervisão profissional e promoção da qualidade e segurança dos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros reconhece ao Enfermeiro Especialista um papel estratégico na organização e coordenação dos cuidados, na gestão eficiente de recursos e na dinamização de equipas, promovendo intervenções orientadas para as necessidades da criança, da família e da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). Neste sentido, o domínio da gestão integra as competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente ao nível da gestão dos cuidados, liderança clínica e promoção da qualidade em saúde.

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista assume-se não apenas como prestador de cuidados diferenciados, mas também como líder clínico e facilitador da articulação entre profissionais e equipas multidisciplinares. A liderança em enfermagem implica capacidade de comunicação, tomada de decisão, gestão de conflitos e adaptação às exigências dos

diferentes contextos clínicos, promovendo ambientes de trabalho colaborativos e orientados para a qualidade dos cuidados, tal como defendido por Marquis e Huston (2017).

A gestão em enfermagem envolve igualmente a articulação entre recursos humanos, materiais e organizacionais, exigindo pensamento crítico, capacidade de priorização e tomada de decisão sustentada, de forma a garantir a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados prestados. A literatura evidencia ainda que as organizações de saúde devem promover culturas de aprendizagem contínua, colaboração e reflexão conjunta, valorizando o desenvolvimento das equipas e a melhoria permanente das práticas profissionais (Sullivan, 2018).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, **procurei desenvolver competências relacionadas com a liderança, supervisão clínica, gestão de cuidados e promoção da qualidade**, através da **observação crítica das dinâmicas organizacionais, participação em processos de tomada de decisão e análise reflexiva das práticas desenvolvidas pelas equipas**. Deste modo, serão apresentadas, de forma reflexiva, as competências desenvolvidas, os objetivos definidos e as experiências mais significativas vivenciadas no domínio da gestão.

COMPETÊNCIA:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização.

OBJETIVOS:

- Desenvolver competências de liderança em contexto clínico, com capacidade de adaptação a diferentes contextos organizacionais.

REFLEXÃO:

A liderança clínica assumiu-se, ao longo dos estágios realizados, como uma competência central no exercício do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, revelando-se determinante na coordenação das equipas, na tomada de decisão e na promoção de cuidados seguros e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A **observação das dinâmicas**

organizacionais permitiu-me compreender que liderar em enfermagem ultrapassa a gestão funcional das equipas, implicando capacidade de influência, adaptação e mobilização dos profissionais para objetivos comuns, particularmente em contextos caracterizados pela complexidade e imprevisibilidade clínica.

A análise dos diferentes contextos assistenciais permitiu-me reconhecer que os estilos de liderança adotados variavam em função das necessidades das equipas, das características organizacionais e da exigência clínica das situações vivenciadas. Em contextos hospitalares, particularmente em situações de maior exigência clínica, **observei estilos de liderança mais diretivos, centrados na rápida tomada de decisão, reorganização dos cuidados e gestão eficiente dos recursos disponíveis.** Em contrapartida, em momentos de articulação clínica e discussão interdisciplinar, **identifiquei práticas de liderança mais participativas, promotoras da comunicação, partilha de decisões e envolvimento da equipa nos processos assistenciais.** Já em contexto comunitário, **observei modelos de liderança mais descentralizados, assentes na delegação de responsabilidades e autonomia das equipas, mantendo, contudo, uma orientação estratégica comum.** Estas observações permitiram-me **refletir criticamente sobre os estilos de liderança em enfermagem,** sustentados pela evidência de Cummings et al. (2018), que demonstram que práticas de liderança relacionais estão associadas a melhores resultados para a força de trabalho e para os ambientes de cuidados. Esta perspetiva é corroborada por Ystaas et al. (2023), cuja revisão sistemática confirma que a liderança transformacional influencia positivamente o ambiente de trabalho dos enfermeiros, promovendo o empoderamento estrutural, o compromisso organizacional e a satisfação profissional, com impacto direto na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A proximidade demonstrada pelos Enfermeiros Especialistas junto das equipas revelou-se igualmente relevante no desenvolvimento de ambientes de trabalho mais colaborativos e seguros. A disponibilidade para apoiar os profissionais, facilitar a comunicação e promover a gestão de conflitos evidenciou a importância das competências relacionais e emocionais no exercício da liderança clínica. Neste sentido, Svetic Cisic et al. (2025) demonstram, numa revisão de literatura abrangente, que a inteligência emocional impacta significativamente a liderança em enfermagem, melhorando os resultados dos doentes, fortalecendo a dinâmica de equipa, reduzindo o burnout e aumentando a coesão e a satisfação profissional, sendo fundamental para a excelência da liderança e a otimização dos cuidados de saúde.

A complexidade inerente ao exercício da liderança tornou-se particularmente evidente numa situação vivenciada em contexto de Neonatologia, marcada pela necessidade de resposta imediata a um recém-nascido com dificuldade respiratória, simultaneamente à gestão de uma unidade em lotação máxima. A atuação da Enfermeira Especialista responsável pelo turno permitiu reorganizar rapidamente os cuidados e mobilizar a equipa de forma eficaz, assegurando a estabilização do recém-nascido sem comprometer a continuidade assistencial dos restantes neonatos internados. Esta experiência permitiu-me **compreender de forma concreta o impacto da liderança clínica na gestão de situações complexas, reconhecendo a importância da tomada de decisão célere, fundamentada e orientada para a segurança dos cuidados.**

Ao longo deste percurso, fui **desenvolvendo uma compreensão mais aprofundada relativamente ao papel do Enfermeiro Especialista enquanto líder clínico e elemento facilitador das dinâmicas das equipas.** Compreendi que a liderança em enfermagem implica capacidade de adaptação, pensamento crítico, comunicação eficaz e promoção de ambientes colaborativos orientados para a excelência dos cuidados. Tal como defendem Marquis e Huston (2017), a liderança em saúde deve contribuir para o desenvolvimento das equipas e para a construção de culturas organizacionais promotoras da qualidade e segurança dos cuidados.

COMPETÊNCIA:

- Exercer a supervisão do exercício profissional na sua área de especialização.

OBJETIVO:

- Desenvolver competências de supervisão clínica, promovendo a melhoria contínua da prática.

REFLEXÃO:

A supervisão clínica revelou-se também uma dimensão transversal à prática dos Enfermeiros Especialistas observados nos diferentes contextos de estágio, assumindo um papel

fundamental na orientação das equipas, no desenvolvimento profissional contínuo e na promoção da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Progressivamente, fui compreendendo que a supervisão ultrapassa a monitorização técnica da prática clínica, constituindo um processo relacional, formativo e reflexivo, orientado para o desenvolvimento de competências e para a melhoria contínua dos cuidados.

Nos diferentes contextos assistenciais, **observei práticas de supervisão ajustadas às especificidades das equipas e à complexidade dos cuidados prestados.** Em contexto de Neonatologia, a supervisão revelou-se particularmente importante na orientação de cuidados altamente diferenciados e na facilitação da tomada de decisão perante situações clínicas complexas. Já no SUP, **observei estratégias de supervisão mais centradas no apoio à equipa em contextos de maior imprevisibilidade clínica e necessidade de resposta rápida.** Em contexto comunitário, a supervisão assumia uma dimensão mais estratégica e organizacional, favorecendo a articulação entre profissionais e a continuidade dos cuidados.

Os momentos de discussão clínica e análise conjunta de situações assistenciais constituíram importantes oportunidades de aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento do raciocínio clínico e da capacidade reflexiva. A partilha de experiências entre profissionais permitiu-me compreender que a supervisão clínica se assume igualmente como estratégia promotora da uniformização de práticas e da construção coletiva do conhecimento. Esta perspetiva encontra-se alinhada com o defendido por Benner (2001), que valoriza a experiência e a aprendizagem em contexto real como elementos centrais no desenvolvimento progressivo de competências em enfermagem.

Ao longo dos estágios nos diferentes contextos, fui reconhecendo a importância das competências relacionais no exercício da supervisão clínica. A disponibilidade, escuta ativa e capacidade de criar relações de confiança entre profissionais revelaram-se fundamentais para facilitar a partilha de dificuldades e promover um ambiente favorável à aprendizagem e ao desenvolvimento das equipas. Neste sentido, Martin et al. (2021), numa revisão sistemática de métodos mistos, demonstram que a supervisão clínica eficaz está associada a menor burnout e maior retenção de profissionais, sendo que os profissionais de saúde reconhecem que uma supervisão adequada pode mitigar o risco de esgotamento, facilitar a permanência nas equipas e melhorar o ambiente de trabalho — evidência que reforça a centralidade das dimensões formativas, normativas e restaurativas da supervisão clínica.

A observação das práticas de supervisão permitiu-me igualmente compreender a importância da reflexão crítica enquanto componente essencial da supervisão clínica. O questionamento das práticas, a análise conjunta das intervenções realizadas e a procura de fundamentação científica favoreceram o desenvolvimento de cuidados mais seguros, fundamentados e ajustados às necessidades da criança e família. Esta perspetiva vai ao encontro do defendido por Patel e Metersky (2022), que, através de uma análise conceptual da prática reflexiva em enfermagem, reconhece a reflexão como uma competência cognitiva que exige esforço consciente para analisar situações com consciência dos próprios valores e crenças, permitindo aos enfermeiros aprender com as experiências e incorporar essa aprendizagem na melhoria dos resultados dos cuidados — indo além da reflexão sobre a ação para incluir a reflexão na ação e para a ação.

Esta experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento da minha capacidade de análise crítica, comunicação e reflexão sobre a prática, permitindo-me compreender o papel do Enfermeiro Especialista enquanto facilitador da aprendizagem e elemento promotor do desenvolvimento profissional das equipas.

COMPETÊNCIAS:

- Gerir cuidados de enfermagem na área de especialização;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

OBJETIVOS:

- Desenvolver competências na gestão de cuidados, incluindo a gestão de recursos humanos e materiais, orientada para resultados em saúde;
- Colaborar na promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados à criança e família.

REFLEXÃO:

A crescente complexidade dos contextos de saúde exige do Enfermeiro Especialista competências sólidas ao nível da gestão de cuidados e promoção da qualidade, assumindo

estas dimensões um papel determinante na organização dos serviços e na segurança dos cuidados prestados à criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ao longo dos diferentes contextos de estágio, fui compreendendo que a gestão em enfermagem implica muito mais do que a organização funcional dos cuidados, envolvendo capacidade de priorização, tomada de decisão, articulação de recursos e adaptação contínua às necessidades assistenciais.

A observação das dinâmicas organizacionais permitiu-me reconhecer a importância do planeamento e coordenação dos cuidados na garantia da continuidade assistencial e na minimização do risco clínico. Em contexto comunitário, **observei a relevância da articulação entre diferentes respostas assistenciais e da gestão descentralizada das equipas na promoção da continuidade dos cuidados à criança e família.** Nos contextos hospitalares, particularmente em situações de maior complexidade clínica, **compreendi o impacto da gestão eficiente dos recursos humanos e materiais na segurança e qualidade da assistência prestada.**

A gestão eficiente dos recursos revelou-se particularmente evidente na situação vivenciada em contexto de Neonatologia anteriormente referida, marcada pela necessidade de reorganização rápida da unidade perante um aumento da exigência assistencial. A redistribuição de recursos humanos e materiais permitiu assegurar resposta imediata às necessidades do recém-nascido em situação crítica, mantendo simultaneamente a continuidade dos cuidados aos restantes neonatos internados.

A participação em reuniões interdisciplinares e momentos de articulação entre equipas permitiu-me desenvolver uma visão mais integrada dos processos de governação clínica e da importância da colaboração entre profissionais na tomada de decisão. Progressivamente, fui compreendendo que a qualidade dos cuidados depende não apenas das competências técnicas individuais, mas também da capacidade organizacional de promover comunicação eficaz, trabalho colaborativo e culturas de segurança orientadas para a melhoria contínua.

Fui desenvolvendo maior consciência relativamente ao papel do Enfermeiro Especialista na promoção da qualidade e segurança dos cuidados. **A observação de práticas orientadas para a prevenção do risco, uniformização de procedimentos e monitorização contínua dos cuidados permitiu-me reconhecer que a melhoria da qualidade exige compromisso institucional, reflexão crítica e envolvimento ativo das equipas.** Neste sentido, a World

Health Organization (2021) reconhece que a promoção de culturas de segurança constitui um elemento essencial para a melhoria dos cuidados e redução do risco em saúde.

A análise dos diferentes contextos permitiu-me ainda compreender a importância das organizações promoverem ambientes de aprendizagem contínua e desenvolvimento profissional, favorecendo a reflexão conjunta e a melhoria permanente das práticas. Tal como defende Sullivan (2018), as organizações de saúde devem valorizar a colaboração, o pensamento sistémico e a construção coletiva do conhecimento enquanto estratégias fundamentais para a melhoria organizacional.

Ao longo deste percurso, desenvolvi uma compreensão mais crítica e integrada relativamente à gestão de cuidados e promoção da qualidade, reconhecendo estas competências como dimensões essenciais da prática do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). Esta experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento da minha capacidade de análise organizacional, tomada de decisão e compreensão da gestão enquanto processo fundamental para a prestação de cuidados seguros, humanizados e de qualidade.

4.3- DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação em enfermagem constitui uma dimensão estruturante da prática clínica especializada, permitindo sustentar a tomada de decisão clínica, promover a melhoria contínua dos cuidados e responder de forma crítica à crescente complexidade das necessidades em saúde. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista assume não apenas o papel de consumidor de conhecimento científico, mas também o de agente ativo na sua produção, disseminação e integração na prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina e para a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

A prática baseada na evidência exige uma postura crítica, reflexiva e orientada para a procura sistemática da melhor evidência científica disponível, articulando-a com a experiência clínica, as preferências da criança e da família e o contexto assistencial. Assim, torna-se fundamental que o Enfermeiro Especialista desenvolva competências de pesquisa, análise crítica e integração do conhecimento científico na prática clínica, promovendo cuidados

seguros, humanizados e centrados na pessoa (Dang & Dearholt, 2022; Patel & Metersky, 2022).

Ao longo do percurso de estágio, fui desenvolvendo a consciência de que a investigação não é uma dimensão separada da prática clínica, mas sim um elemento central e indispensável ao exercício profissional especializado, integrando as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019).

Inicialmente, tendia a associar a investigação a um contexto predominantemente académico e distante da realidade assistencial. Contudo, as experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos permitiram-me desconstruir esta perspetiva, compreendendo que a prática clínica exige uma postura permanentemente interrogativa, reflexiva e sustentada na melhor evidência disponível. A prática reflexiva revela-se um instrumento essencial para a aprendizagem profissional contínua, favorecendo a análise crítica das experiências, a integração do conhecimento científico e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Johns, 2017; Patel & Metersky, 2022).

Reconheço hoje que a investigação constitui um instrumento essencial para a construção de uma prática clínica crítica, consciente e eticamente sustentada, permitindo fundamentar decisões, questionar práticas instituídas e promover cuidados mais seguros, humanizados e centrados na criança e na família.

Deste modo, serão apresentados, de forma reflexiva, os objetivos definidos e as competências adquiridas neste domínio, sustentados nas atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

COMPETÊNCIAS:

- Demonstrar capacidade de pesquisa, análise crítica e integração da evidência na prática clínica;
- Compreender as implicações da investigação na melhoria contínua dos cuidados.

OBJETIVO:

- Desenvolver uma prática clínica baseada na evidência;

REFLEXÃO:

Os desafios emergentes nos diferentes contextos de estágio suscitarão a **necessidade de pesquisa bibliográfica, aprofundamento de conhecimentos e análise crítica da literatura**, levando-me a reconhecer que a dúvida e a incerteza não representam fragilidades profissionais, mas oportunidades de aprendizagem e melhoria contínua. Este trajeto permitiu-me compreender que uma prática baseada exclusivamente na experiência ou na rotina pode comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados, reforçando a importância da integração da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão clínica. De forma gradual, fui reconhecendo que a prática baseada na evidência é uma competência essencial do Enfermeiro Especialista, permitindo articular o conhecimento científico, a experiência clínica e as necessidades e preferências da criança e da família (Dang & Dearholt, 2022; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nos diferentes contextos clínicos, a fundamentação científica assumiu um papel determinante nas intervenções realizadas. Em Neonatologia, a elevada complexidade dos cuidados motivou o **aprofundamento de conhecimentos relacionados com os cuidados centrados no desenvolvimento, a hipotermia terapêutica no recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica, os cuidados à pele do prematuro e a avaliação da dor neonatal**, permitindo-me **desenvolver uma prática mais individualizada, segura e centrada no neurodesenvolvimento da criança**. No Serviço de Urgência Pediátrica, a necessidade de uma tomada de decisão rápida e segura reforçou a importância da **utilização de protocolos e instrumentos sustentados em evidência científica**. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, a pesquisa relacionada com a amamentação, parentalidade, desenvolvimento infantil, sono e comportamento do lactente permitiu-me **responder de forma mais fundamentada às necessidades das famílias**, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista na promoção da literacia em saúde e da capacitação parental (OMS, 2022; UNICEF, 2021).

OBJETIVO:

- Desenvolver competências de pesquisa e análise crítica;

REFLEXÃO:

Durante este percurso, fui **desenvolvendo maior autonomia na pesquisa científica, aprendendo a identificar fontes de informação credíveis, selecionar literatura relevante e analisar criticamente a aplicabilidade do conhecimento aos diferentes contextos clínicos**. A realização da revisão integrativa da literatura subordinada ao tema "*Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*" revelou-se um momento particularmente relevante neste processo. Para além do **desenvolvimento de competências metodológicas relacionadas com a pesquisa estruturada e análise crítica da literatura**, este trabalho permitiu-me **aprofundar a compreensão da experiência emocional vivida pelos pais em contexto neonatal e refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro na humanização dos cuidados e no apoio à família**. A revisão integrativa realizada é apresentada em apêndice como evidência do trabalho desenvolvido (Apêndice II).

O processo exigiu **capacidade de organização, rigor metodológico e seleção criteriosa da literatura científica**, permitindo-me compreender que investigar não significa apenas procurar respostas, mas também **questionar práticas instituídas, refletir criticamente sobre os cuidados prestados e identificar oportunidades de melhoria** que contribuam para uma prática clínica mais segura, humanizada e baseada na evidência.

De forma contínua, fui igualmente desenvolvendo maior confiança na **utilização da investigação enquanto suporte à prática clínica**, reduzindo a insegurança perante situações complexas e reforçando progressivamente a minha autonomia profissional. A análise das experiências vivenciadas possibilitou-me reconhecer que a prática reflexiva assume um papel essencial no desenvolvimento profissional, favorecendo a integração do conhecimento científico e a melhoria contínua dos cuidados. A reflexão durante a ação permitiu-me reajustar intervenções perante a evolução clínica da criança ou as necessidades manifestadas pela família, enquanto a reflexão posterior à ação favoreceu a análise crítica das decisões tomadas e a incorporação de novas aprendizagens na prática futura (Johns, 2017; Patel & Metersky, 2022).

Contudo, fui igualmente compreendendo que a integração da evidência na prática clínica nem sempre ocorre de forma linear ou imediata. Em diversos momentos tornou-se evidente que a implementação de mudanças sustentadas no conhecimento científico pode ser

condicionada por fatores organizacionais, resistência à mudança, limitação de recursos ou especificidades dos próprios contextos clínicos.

OBJETIVO:

- Integrar resultados da investigação na tomada de decisão clínica.

REFLEXÃO:

A elaboração da proposta de reformulação do *Projeto de Parentalidade Pós-Natal* constituiu um dos momentos mais significativos do meu percurso de aprendizagem no domínio da investigação, por me permitir **experienciar de forma concreta a articulação entre a evidência científica, a reflexão crítica e a implementação de mudanças na prática clínica**. A observação da realidade assistencial na UCC permitiu **identificar uma reduzida adesão das famílias às sessões de parentalidade desenvolvidas no período pós-natal**, verificando-se frequentemente uma quebra entre a participação nas atividades pré-natais e a continuidade do acompanhamento após o nascimento da criança. Esta realidade levou-me a **questionar os fatores que poderiam estar a condicionar a participação das famílias e a procurar evidência científica que sustentasse estratégias de intervenção mais ajustadas às suas necessidades**.

Neste sentido, **realizei uma pesquisa bibliográfica sobre programas de intervenção parental, transição para a parentalidade, capacitação das famílias e promoção do desenvolvimento infantil**. A literatura atual reconhece que os programas de intervenção parental devem promover a aquisição de competências parentais, fortalecer a vinculação precoce e aumentar a capacidade dos cuidadores responderem às necessidades físicas, emocionais e desenvolvimentais da criança. O *Nurturing Care Framework*, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, UNICEF e Banco Mundial, defende que o desenvolvimento saudável da criança depende da integração de cuidados responsivos, segurança, oportunidades de aprendizagem precoce, nutrição adequada e acesso a cuidados de saúde de qualidade, reconhecendo os pais como os principais promotores do desenvolvimento infantil (OMS, UNICEF & World Bank Group, 2018; OMS, 2022).

Os referenciais atuais sobre intervenção parental defendem uma abordagem centrada na família, baseada na parceria de cuidados e na capacitação parental, reconhecendo que a promoção da parentalidade positiva fortalece a relação pais-filho, aumenta a confiança parental e contribui para melhores resultados em saúde e desenvolvimento infantil (UNICEF, 2021; Jeong et al., 2021). A evidência demonstra igualmente que a eficácia destes programas depende da precocidade da intervenção, da continuidade dos cuidados e da adaptação das estratégias às necessidades específicas das famílias, favorecendo a construção de uma relação terapêutica de confiança e a adesão aos programas de acompanhamento (OMS, 2022).

A análise crítica da evidência científica sustentou a proposta de antecipação do contacto com as famílias para o período pré-natal, a reorganização dos conteúdos do programa e a implementação de modalidades de acompanhamento mais flexíveis e ajustadas às necessidades parentais. Entre as propostas apresentadas destacaram-se o reforço do apoio à amamentação na primeira semana de vida do recém-nascido, a integração da avaliação postural pelo fisioterapeuta, a inclusão de sessões de massagem infantil e a criação de sessões online dedicadas à gestão das emoções na parentalidade, segurança infantil, desenvolvimento, alimentação e rotinas familiares.

Este processo implicou **reflexão crítica sobre as práticas existentes, discussão conjunta com os profissionais envolvidos e adaptação das recomendações científicas à realidade do contexto comunitário**. Pude compreender que a implementação da evidência na prática clínica não corresponde à aplicação automática do conhecimento científico, exigindo capacidade de análise crítica, comunicação, negociação, liderança e mobilização das equipas para a mudança (Melnik & Fineout-Overholt, 2023; White et al., 2019). Simultaneamente, reforçou a minha convicção de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel determinante na promoção da parentalidade positiva, na capacitação das famílias e na implementação de projetos de melhoria contínua sustentados na melhor evidência científica disponível (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A proposta de reformulação do ***Projeto de Parentalidade Pós-Natal*** é apresentada em apêndice como evidência do trabalho desenvolvido. (Apêndice III)

De forma semelhante, a **reflexão sobre as situações de agressividade parental** vivenciadas no Serviço de Urgência Pediátrica evidenciou a necessidade de transpor a evidência científica para a prática clínica. A **revisão da literatura realizada para identificar**

estratégias de comunicação terapêutica e gestão emocional sustentou a elaboração de uma proposta formativa dirigida à equipa de enfermagem, intitulada “Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica”.

A evidência demonstrou que a comunicação empática, a escuta ativa, a validação emocional e as estratégias de desescalada contribuem para a prevenção de comportamentos agressivos e para o fortalecimento da relação terapêutica com as famílias (Baby et al., 2018; Hockenberry et al., 2023). O resultado desta revisão e a proposta formativa encontram-se igualmente apresentados em apêndice. (Apêndice I)

Estas experiências permitiram-me compreender que a investigação não constitui uma dimensão separada da prática clínica, mas um processo contínuo de questionamento, reflexão e transformação dos cuidados. Gradualmente, fui desenvolvendo maior autonomia na utilização da evidência científica enquanto suporte à tomada de decisão clínica, reconhecendo que o Enfermeiro Especialista assume um papel relevante na promoção de práticas mais críticas, reflexivas e fundamentadas, funcionando como facilitador da integração da evidência científica nos contextos clínicos e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019).

COMPETÊNCIAS:

- Comunicar informação científica e profissional adequada a diferentes públicos;
- Participar e promover atividades de investigação e divulgação científica na área de especialização.

OBJETIVO:

- Desenvolver competências de comunicação científica.

REFLEXÃO:

As diferentes experiências desenvolvidas ao longo do mestrado permitiram-me compreender que a investigação em enfermagem não se limita à produção de conhecimento científico, assumindo igualmente uma dimensão prática, transformadora e promotora da melhoria contínua dos cuidados. Neste contexto, a comunicação científica revelou-se uma competência fundamental no desenvolvimento profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo partilhar conhecimento, promover a reflexão crítica e contribuir para a disseminação de práticas baseadas na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tive oportunidade de **participar, em colaboração com a equipa de enfermagem do serviço, na Semana da Amamentação, através da comunicação oral subordinada ao tema "*Mitos, Cultura e Tecnologias na Amamentação*",** apresentada em 30 de setembro de 2025. A preparação desta apresentação implicou **pesquisa bibliográfica, análise crítica da literatura e reflexão sobre a influência dos fatores culturais, sociais e tecnológicos nas práticas parentais relacionadas com a amamentação.** A evidência científica demonstra que as crenças culturais, os contextos familiares e a crescente utilização das plataformas digitais influenciam significativamente as decisões parentais relativas à alimentação infantil, tornando essencial que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias de comunicação claras, culturalmente sensíveis e sustentadas na melhor evidência disponível (OMS, 2022; UNICEF, 2021).

Esta experiência permitiu-me **adaptar a linguagem científica a diferentes públicos, reconhecendo que a comunicação em saúde exige não apenas domínio técnico, mas também capacidade de traduzir o conhecimento científico para uma linguagem acessível, compreensível e significativa para as famílias.** Reforçou a minha compreensão de que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel determinante na promoção da literacia em saúde e na capacitação parental para a tomada de decisões informadas. A comunicação oral e o respetivo resumo encontram-se apresentados em apêndice como evidência do trabalho desenvolvido. (Apêndice IV)

A apresentação da revisão integrativa da literatura "*Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*", sob a forma de poster no IX Fórum das Especialidades de Enfermagem, que se realizou no dia 26 de março de 2026,

foi uma experiência particularmente enriquecedora no meu percurso formativo. A preparação deste trabalho exigiu a **síntese e organização do conhecimento científico produzido, bem como a sua tradução para um formato acessível e apelativo, mantendo o rigor metodológico e científico.**

Este processo contribuiu para consolidar a compreensão de que a produção de conhecimento apenas adquire verdadeiro significado quando é partilhada, discutida e potencialmente incorporada na prática clínica. A disseminação científica favorece a atualização dos profissionais, promove a reflexão crítica e assume-se como um importante instrumento de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo reduzir a distância entre a investigação e a prática clínica. A interação com outros profissionais durante o evento proporcionou a partilha de experiências, a discussão de diferentes perspetivas e a valorização da investigação enquanto elemento impulsionador da inovação e do desenvolvimento disciplinar da enfermagem (White et al., 2019; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

A participação neste evento permitiu-me desenvolver competências de comunicação científica, capacidade de síntese e pensamento crítico, reforçando a importância da transferência do conhecimento para os contextos reais de cuidados. O resumo submetido e o poster científico encontram-se em apêndice, constituindo evidência das competências desenvolvidas no âmbito da produção e disseminação do conhecimento científico. (Apêndice VI)

Da mesma forma, a **elaboração do poster "*Multiculturalidade e Risco de Maus-Tratos Parentais: O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica*", em parceria com as EEESIP da UCC, e a sua apresentação no II Encontro de Núcleos de uma ULS do Norte do país, no dia 19 de novembro de 2025, permitiu-me aprofundar a reflexão sobre os desafios colocados pela crescente diversidade cultural das famílias acompanhadas nos diferentes contextos de cuidados.**

A preparação deste trabalho implicou **pesquisa bibliográfica e análise crítica da evidência relacionada com a influência dos fatores culturais na parentalidade, nos estilos educativos e na relação das famílias com os serviços de saúde.** A literatura atual demonstra que a competência cultural traduz uma dimensão essencial da prática especializada, permitindo desenvolver cuidados mais equitativos, inclusivos e centrados nas

necessidades específicas de cada criança e família (Campinha-Bacote, 2019; Kaihlanen et al., 2019).

Esta reflexão permitiu-me reconhecer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel fundamental na identificação precoce de fatores de vulnerabilidade, na promoção da literacia em saúde e na adaptação das intervenções às especificidades culturais das famílias, contribuindo para a prevenção de situações de risco e para a promoção da parentalidade positiva.

A elaboração e apresentação deste poster reforçaram igualmente a minha compreensão de que a disseminação científica representa uma responsabilidade ética e profissional do Enfermeiro Especialista, contribuindo para práticas mais críticas, seguras e atualizadas, bem como para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica. O resumo e o poster científico encontram-se apresentados em apêndice. (Apêndice V)

Estas experiências permitiram-me reconhecer que a comunicação e a disseminação do conhecimento científico não representam apenas um momento final do processo de investigação, mas uma etapa essencial para a transformação da prática clínica. Mais do que adquirir conhecimentos, este percurso contribuiu para o desenvolvimento de uma identidade profissional mais reflexiva, crítica e consciente da responsabilidade associada à prática baseada na evidência.

Passei a encarar a prática clínica como um espaço permanente de questionamento, aprendizagem e construção de conhecimento, compreendendo que investigar não é apenas produzir evidência, mas também saber comunicá-la, partilhá-la e integrá-la de forma crítica, contextualizada e centrada nas necessidades da criança, da família e das equipas.

Reconheço que este processo de desenvolvimento permanece em construção, exigindo atualização contínua, capacidade reflexiva e compromisso permanente com a excelência dos cuidados. Ainda assim, considero que as experiências vivenciadas contribuíram significativamente para o desenvolvimento das competências do domínio da investigação, permitindo-me assumir a produção e a disseminação do conhecimento científico como dimensões indissociáveis da prática especializada e instrumentos essenciais para a tomada de decisão clínica, para a melhoria contínua dos cuidados e para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019).

4.4 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A Ordem dos Enfermeiros estabelece que a prestação de cuidados especializados constitui a dimensão central do exercício do enfermeiro especialista, traduzindo-se na aplicação de conhecimentos avançados, capacidades clínicas diferenciadas e juízo crítico em contextos complexos. O enfermeiro especialista intervém de forma autónoma, responsável e fundamentada na evidência científica, garantindo cuidados de elevada qualidade, seguros e humanizados, orientados para a pessoa, família, grupos e comunidade. A sua prática caracteriza-se pela capacidade de avaliar situações clínicas complexas, formular diagnósticos de enfermagem especializados e implementar intervenções eficazes e inovadoras (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste domínio foram seleccionadas as seguintes **COMPETÊNCIAS**:

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

OBJETIVOS:

- Desenvolver competências de colaboração interdisciplinar através da integração nas diferentes equipas multidisciplinares;
- Estabelecer uma comunicação eficaz e uma relação de interajuda com os diferentes profissionais, contribuindo para um ambiente terapêutico favorável e para a qualidade dos cuidados prestados.

REFLEXÃO:

O trabalho interdisciplinar constitui um elemento estruturante da prática do EEESIP, permitindo responder de forma integrada às necessidades complexas da criança/jovem e família. A Ordem dos Enfermeiros (2019) reconhece que o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de articulação com diferentes profissionais e estruturas de saúde, promovendo intervenções coordenadas e centradas na qualidade dos cuidados. A evidência demonstra igualmente que a colaboração interprofissional e a comunicação eficaz entre os

membros da equipa favorecem a segurança, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados (Kuo et al., 2012; Cummings et al., 2018).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, compreendi progressivamente que a prestação de cuidados em saúde infantil depende da colaboração efetiva entre profissionais de diversas áreas, nomeadamente enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, terapia da fala, fisioterapia e educação. Esta experiência permitiu-me reconhecer que a intervenção interdisciplinar ultrapassa a simples partilha de tarefas, exigindo comunicação eficaz, definição clara de papéis e construção conjunta de estratégias de intervenção (Kuo et al., 2012).

A participação em reuniões de equipa, momentos de discussão clínica e articulação entre serviços contribuiu significativamente para o desenvolvimento das minhas competências relacionais e capacidade de trabalho em equipa, permitindo-me **assumir gradualmente uma participação mais ativa e autónoma nos diferentes contextos assistenciais** (Billett, 2016; Mlambo et al., 2021).

Durante a integração nas equipas multidisciplinares, os momentos de observação e participação ativa nas dinâmicas organizacionais revelaram-se fundamentais para compreender o funcionamento dos diferentes serviços e consolidar a minha identidade profissional. Neste processo, destaco o acompanhamento das enfermeiras tutoras, cuja supervisão favoreceu o **desenvolvimento da minha capacidade de análise, autonomia progressiva e integração dos conhecimentos teóricos na prática clínica** (Martin et al., 2021; Tuomikoski et al., 2020).

Na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a organização das equipas evidenciou a complexidade e diversidade das intervenções desenvolvidas nos cuidados de saúde primários, onde enfermeiros especialistas de diferentes áreas e enfermeiros generalistas se articulam em projetos específicos, orientados para as necessidades da criança, jovem e família.

Durante o estágio, **acompanhei e participei nas atividades desenvolvidas pelas três equipas onde atuam as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP)**, aprofundando a compreensão da colaboração interdisciplinar e da articulação entre diferentes níveis e setores de cuidados.

- **Saúde Infantil e Pediátrica:** Esta equipa desenvolve a sua intervenção em áreas como a parentalidade pós-natal, amamentação, massagem infantil, visita domiciliária e promoção do desenvolvimento infantil. O contacto com as atividades do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) destacou a relevância da deteção precoce de situações de vulnerabilidade, da observação continuada e da cooperação entre os cuidados de saúde, a escola, a ação social e as estruturas de proteção da infância. A proximidade das equipas às famílias proporcionou uma visão mais abrangente das necessidades da criança e dos fatores familiares, sociais e ambientais que influenciam o seu bem-estar e desenvolvimento.
- **Saúde Escolar:** Responsável pela implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar e pelo acompanhamento de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais (NSE), esta equipa desenvolve intervenções em cooperação com a comunidade educativa. O envolvimento na elaboração de Planos de Saúde Individual e em atividades de educação para a saúde dirigidas a docentes, não docentes, alunos e famílias evidenciou o contributo da cooperação entre os setores da saúde e da educação para a promoção da inclusão, da segurança e do sucesso escolar, conforme preconizado pelo Decreto-Lei n.º 54/2018.
- **Equipa Local de Intervenção (ELI):** Integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e coordenada por uma EEESIP, esta equipa multidisciplinar demonstra a relevância do trabalho intersectorial entre saúde, educação e ação social. A participação na avaliação de crianças com alterações ou risco de alterações do desenvolvimento e na elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) permitiu identificar a necessidade da definição conjunta de objetivos e do envolvimento ativo da família ao longo de todo o processo de intervenção. Esta abordagem encontra suporte nos princípios dos cuidados centrados na criança e na família, reconhecendo o envolvimento ativo da família e a participação da criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento, como elementos fundamentais para a promoção do desenvolvimento infantil e para a tomada de decisão partilhada (Coyne, Hallström, & Söderbäck, 2016; Butler et al., 2025).

O contacto com estas diferentes realidades tornou evidente que a resposta às necessidades da criança, jovem e família depende de uma atuação articulada entre profissionais, serviços

e recursos da comunidade. Esta vivência demonstrou que a colaboração interdisciplinar não constitui apenas uma estratégia organizacional, mas um elemento determinante para a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados, destacando simultaneamente o contributo do EEESIP enquanto facilitador da comunicação, da coordenação entre equipas e da construção de respostas integradas centradas na criança, jovem e família.

No contexto da Unidade de Saúde Familiar (USF), foi possível **acompanhar a prática de uma enfermeira de família com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Para além da **observação das consultas de vigilância e da implementação do Programa Nacional de Vacinação (Direção-Geral da Saúde, 2020)**, **participei ativamente na sua preparação, na análise dos registos clínicos e na avaliação das necessidades identificadas**. Sendo estas consultas realizadas em parceria com o médico de família, esta experiência permitiu reconhecer que o acompanhamento da criança, jovem e família nos cuidados de saúde primários depende da monitorização contínua das necessidades identificadas e da cooperação efetiva entre os diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados (Kuo et al., 2012).

Nos contextos hospitalares, nomeadamente na Neonatologia e no Serviço de Urgência Pediátrica, a experiência profissional previamente adquirida favoreceu uma adaptação mais célere às dinâmicas organizacionais e aos processos assistenciais. Contudo, esta familiaridade exigiu um esforço consciente de reflexão crítica, procurando evitar a automatização de práticas e assegurar uma intervenção fundamentada na evidência científica, intencional e centrada na criança, jovem e família.

Na Neonatologia, contexto caracterizado por elevada complexidade clínica e tecnológica, as equipas encontram-se altamente organizadas para responder às necessidades específicas do recém-nascido e da sua família. O método de trabalho individual adotado permite ao enfermeiro assumir a responsabilidade integral pelos cuidados prestados durante o turno, mantendo uma comunicação permanente com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Destaco igualmente o ambiente terapêutico promovido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, caracterizado pela redução de estímulos ambientais, nomeadamente ruído e luminosidade, e pelo planeamento criterioso das intervenções de enfermagem, de forma a minimizar manipulações frequentes e promover a estabilidade fisiológica e o desenvolvimento do recém-nascido. Estas estratégias encontram suporte nos princípios dos cuidados centrados no desenvolvimento descritos por Altimier e Phillips

(2016), reconhecendo a importância da adaptação do ambiente e das intervenções às necessidades individuais do recém-nascido. O contacto com estas práticas tornou evidente que a organização dos cuidados e a comunicação eficaz entre os profissionais constituem elementos determinantes para a estabilidade do recém-nascido e para a qualidade dos cuidados prestados à família.

A **observação das dinâmicas de trabalho nos diferentes contextos hospitalares** permitiu identificar que a prestação de cuidados à criança, jovem e família depende da colaboração efetiva entre profissionais de diferentes áreas de especialização. Ficou igualmente evidente que a colaboração interdisciplinar constitui um elemento fundamental para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na facilitação da comunicação, da tomada de decisão partilhada e da construção de respostas integradas centradas nas necessidades da criança, jovem e família.

No SUP, a distribuição dos enfermeiros organiza-se por diferentes áreas funcionais, sendo coordenada por uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, responsável pela gestão dos recursos, coordenação dos cuidados e apoio à equipa. Neste contexto, marcado por situações clínicas complexas e frequentemente imprevisíveis, foi possível **acompanhar a dinâmica assistencial** e reconhecer a relevância da liderança clínica, da comunicação eficaz, da partilha de informação e da tomada de decisão colaborativa na promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família.

O contacto com os diferentes contextos assistenciais proporcionou uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas de equipa, dos circuitos de informação e dos processos de cooperação entre profissionais e níveis de cuidados. Tornou-se evidente que a qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família depende da colaboração efetiva entre os diversos intervenientes, da comunicação contínua e da definição de objetivos comuns centrados nas necessidades identificadas. Simultaneamente, permitiu reconhecer o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica como elemento facilitador da ligação entre serviços, profissionais e famílias, contribuindo para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados.

As experiências vivenciadas evidenciaram que a colaboração interdisciplinar constitui um dos pilares da prática especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A

articulação entre profissionais, serviços e níveis de cuidados revelou-se essencial para garantir respostas integradas, seguras e centradas nas necessidades da criança, jovem e família. Esta reflexão permitiu reconhecer que a qualidade dos cuidados não depende apenas das competências individuais de cada profissional, mas da capacidade coletiva de construir soluções partilhadas, reforçando o papel do EEESIP como elemento facilitador da comunicação, coordenação e continuidade dos cuidados.

COMPETÊNCIA:

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família, relacionando-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças, cultura e individualidade.

OBJETIVOS:

- Desenvolver competências comunicacionais específicas da pediatria adequadas às características emocionais e desenvolvimentais da criança/jovem

REFLEXÃO:

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, fui desenvolvendo competências comunicacionais específicas da pediatria, compreendendo que a comunicação com a criança, o jovem e a família exige uma abordagem diferenciada e adaptada às características desenvolvimentais, emocionais e individuais de cada situação. Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a comunicação constitui uma intervenção terapêutica essencial, permitindo estabelecer relações de confiança, reduzir a ansiedade associada à doença ou hospitalização e promover a participação da criança e da família no processo de cuidados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Hockenberry et al., 2023).

A adaptação da comunicação às características desenvolvimentais da criança constituiu um aspeto fundamental da minha prática. Os contributos de Piaget (1977) permitiram-me compreender que a forma como a criança interpreta a informação, compreende os acontecimentos e expressa emoções varia de acordo com o seu estágio de desenvolvimento cognitivo, exigindo do enfermeiro a adequação da linguagem e das estratégias comunicacionais (Piaget, 1977; Hockenberry et al., 2023). Esta perspetiva foi sendo

consolidada ao longo dos estágios, onde procurei **adequar a minha intervenção às necessidades específicas de cada faixa etária**, valorizando igualmente o estado emocional da criança e da família, particularmente em situações de doença, hospitalização ou realização de procedimentos potencialmente geradores de ansiedade.

Durante o acompanhamento de lactentes e crianças em idade pré-escolar, **privilegiei a utilização de uma linguagem simples, objetiva e adaptada ao seu nível de compreensão, recorrendo frequentemente ao brincar, à demonstração prática e à utilização de objetos do ambiente como facilitadores da interação**. Com crianças em idade escolar, **procurei fornecer explicações mais detalhadas acerca dos procedimentos, incentivando a colocação de questões e a expressão dos seus receios, favorecendo a sua participação nos cuidados**. Estas estratégias encontram suporte na literatura pediátrica, que reconhece a importância da adequação da comunicação à idade e ao desenvolvimento da criança como forma de promover a confiança, reduzir a ansiedade e facilitar a colaboração durante os cuidados (Hockenberry et al., 2023).

Na interação com adolescentes, **procurei estabelecer uma relação baseada no respeito pela sua autonomia, privacidade e individualidade**, dirigindo-me diretamente ao jovem e **incentivando a sua participação nas decisões relacionadas com a sua saúde**, nomeadamente durante a realização de procedimentos, na realização de ensinamentos e na definição de estratégias promotoras da adesão terapêutica. A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1968) permitiu-me compreender a adolescência como uma etapa marcada pela construção da identidade e pela procura de autonomia, reforçando a necessidade de **estabelecer relações terapêuticas assentes na confiança e na ausência de julgamento, favorecendo a participação do adolescente nas decisões relacionadas com a sua saúde** (Erikson, 1968; Coyne et al., 2016). Também em contexto de Neonatologia **desenvolvi competências comunicacionais específicas**, compreendendo progressivamente que o recém-nascido comunica através de sinais comportamentais e fisiológicos que devem ser observados e interpretados pelo enfermeiro. Os contributos de Brazelton e Nugent (2011) permitiram aprofundar esta compreensão, reconhecendo o recém-nascido como um participante ativo na relação terapêutica. **A observação dos estados de vigília e sono, das expressões faciais, dos movimentos corporais e dos sinais de autorregulação** orientou a adaptação das minhas intervenções às necessidades individuais do recém-nascido, em consonância com os princípios dos cuidados centrados no desenvolvimento e na família preconizados pelo Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

(NIDCAP), que valoriza a leitura dos sinais comportamentais do recém-nascido e a adaptação individualizada dos cuidados (Als, 2011; Altimier & Phillips, 2016). Esta compreensão permitiu-me **ajustar o momento e a forma de realização dos cuidados, respeitando os sinais de estabilidade e de stress apresentados pelo recém-nascido e promovendo um ambiente terapêutico mais seguro e individualizado.**

Estas experiências permitiram-me compreender que a comunicação em pediatria ultrapassa a simples transmissão de informação, constituindo uma intervenção terapêutica que exige do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica capacidade de adaptação, sensibilidade e pensamento crítico, contribuindo para a individualização dos cuidados e para a construção de relações de confiança com a criança, o jovem e a família.

OBJETIVO:

- Aprofundar estratégias de comunicação terapêutica com a criança/jovem e família

REFLEXÃO:

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, **fui aprofundando estratégias de comunicação terapêutica com a criança, o jovem e a família**, reconhecendo que a forma como o enfermeiro comunica influencia a adaptação à doença, a confiança nos cuidados e a capacidade das famílias enfrentarem situações de maior vulnerabilidade. A comunicação terapêutica pressupõe escuta ativa, empatia, disponibilidade e capacidade de adequar a informação às necessidades específicas de cada criança e família, promovendo a sua participação no processo de cuidados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Hockenberry et al., 2023).

Em contexto de Neonatologia, a comunicação com os pais de recém-nascidos prematuros constituiu uma das experiências mais marcantes do meu percurso. Os contributos de Meleis (2010) permitiram-me compreender a transição para a parentalidade como um processo particularmente exigente quando associado à prematuridade e à hospitalização neonatal, reforçando a importância da comunicação terapêutica como estratégia facilitadora da adaptação familiar (Meleis, 2010; Coyne et al., 2016). Neste contexto, procurei fornecer informação clara e ajustada às necessidades de cada família, **explicando** o percurso esperado do recém-nascido prematuro, **esclarecendo** dúvidas relacionadas com o suporte ventilatório

e apoiando as mães relativamente às suas preocupações sobre a possibilidade de amamentar no futuro. Compreendi que, para além da transmissão de informação, a comunicação terapêutica exige disponibilidade para ouvir, acolher emoções e respeitar o ritmo de adaptação de cada família.

No Serviço de Urgência Pediátrica, a **preparação das crianças para procedimentos invasivos**, particularmente para a colocação de cateteres venosos periféricos, permitiu-me desenvolver estratégias comunicacionais orientadas para a redução da ansiedade e para a promoção da confiança nos cuidados. Com as crianças mais velhas, procurei **explicar o procedimento de forma simples, verdadeira e ajustada à sua capacidade de compreensão**, esclarecendo que poderia provocar algum desconforto, mas que este seria temporário, **evitando criar falsas expectativas**. Com as crianças mais pequenas, **recorri ao brincar e à imaginação como facilitadores da comunicação, utilizando estratégias adaptadas ao seu universo infantil e reforçando positivamente a sua colaboração após o procedimento**. Simultaneamente, **procurei apoiar os pais, esclarecendo dúvidas e ajudando-os a compreender a situação clínica e os procedimentos realizados**, promovendo um ambiente terapêutico mais seguro e tranquilizador para toda a família.

Nos cuidados de saúde primários, a comunicação assumiu igualmente um papel central na promoção da saúde e na capacitação das famílias. Na Unidade de Cuidados na Comunidade, as intervenções centraram-se sobretudo no **esclarecimento de dúvidas relacionadas com a amamentação, a introdução alimentar e os cuidados ao recém-nascido**, procurando **adequar a informação às necessidades e preocupações manifestadas pelos pais**. Na Unidade de Saúde Familiar, a comunicação terapêutica revelou-se essencial para o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança com as famílias ao longo das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, favorecendo a partilha de preocupações, o aconselhamento antecipatório e a tomada de decisão informada relativamente aos cuidados à criança e ao jovem.

As experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio permitiram-me compreender que a comunicação terapêutica ultrapassa a simples transmissão de informação, constituindo uma intervenção especializada que exige do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica capacidade de adaptação, empatia, sensibilidade e pensamento crítico. Progressivamente, fui reconhecendo que a escuta ativa, a validação das emoções, a honestidade na comunicação e o respeito pela individualidade da criança, do

jovem e da família são elementos fundamentais para a construção de relações terapêuticas significativas e para a prestação de cuidados humanizados e centrados na pessoa.

Ao longo deste percurso, consolidei a convicção de que a comunicação terapêutica constitui um instrumento essencial para a construção de relações de confiança e parceria com a criança, o jovem e a família, favorecendo a adaptação aos processos de saúde e doença, a participação ativa nos cuidados e a humanização da prática clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

OBJETIVO:

- Promover uma comunicação centrada na parceria de cuidados;

REFLEXÃO:

Durante os estágios nos diferentes contextos, fui compreendendo que a comunicação centrada na parceria de cuidados não consiste apenas na transmissão de informação, mas na construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, na partilha e no reconhecimento da criança, do jovem e da família como participantes ativos no processo de cuidados. O Modelo de Parceria nos Cuidados de Casey (1988) continua a constituir um referencial importante para a enfermagem pediátrica, sendo os seus princípios consistentes com as abordagens contemporâneas de cuidados centrados na criança e na família (Coyne et al., 2025).

Em contexto de Neonatologia, esta perspetiva revelou-se particularmente significativa. A comunicação estabelecida com os pais permitiu construir, de forma progressiva, a sua participação nos cuidados ao recém-nascido prematuro, respeitando o seu ritmo de adaptação e as suas necessidades emocionais. **A integração dos pais na realização do método canguru, a sua participação nos cuidados de higiene e o envolvimento nos cuidados relacionados com a alimentação e o posicionamento do recém-nascido** constituíram oportunidades para reconhecer os pais como elementos essenciais da equipa de cuidados, valorizando o seu papel e promovendo a sua participação ativa desde os primeiros dias de vida do filho, favorecendo o desenvolvimento de uma relação de parceria, em que os cuidados eram construídos em conjunto e não apenas executados pela equipa de saúde.

Esta experiência permitiu-me compreender que a comunicação centrada na parceria implica reconhecer os pais como parceiros ativos nos cuidados, valorizando os seus conhecimentos, respeitando as suas competências parentais e promovendo uma tomada de decisão verdadeiramente partilhada.

No Serviço de Urgência Pediátrica, a parceria de cuidados manifestou-se sobretudo através **do envolvimento da criança, do jovem e dos pais durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de ansiedade.** Sempre que a situação clínica o permitia, **procurei integrá-los ativamente no processo de cuidados, incentivando a expressão das suas dúvidas, receios e preferências e valorizando o conhecimento que os pais possuíam sobre a criança e as estratégias que habitualmente utilizavam para a confortar.** Com as crianças e os adolescentes, **procurei explicar os procedimentos de forma adequada à sua idade e nível de compreensão, favorecendo a sua participação e promovendo uma maior sensação de controlo sobre a situação vivenciada.** Durante a realização dos procedimentos, a **definição conjunta das formas de apoio à criança ou ao jovem** permitiu criar um ambiente de maior segurança e confiança, reduzindo o impacto emocional da experiência e reforçando a parceria entre a equipa de saúde, a criança, o jovem e a família.

Na Unidade de Saúde Familiar, a comunicação centrada na parceria de cuidados assumiu uma dimensão particular, permitindo-me compreender a importância da relação terapêutica construída ao longo do ciclo de vida da criança, do jovem e da família. A continuidade dos cuidados proporcionada pelo enfermeiro de família favorece o desenvolvimento de uma relação baseada na confiança, no conhecimento mútuo e na tomada de decisão partilhada, criando condições para que a criança e a família assumam um papel ativo no processo de cuidados. Ao longo das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, **procurei desenvolver uma comunicação que valorizasse as experiências, preocupações e expectativas da criança, jovem e família,** reconhecendo que a construção desta relação de proximidade constitui um elemento essencial para a promoção da saúde, para a adesão às recomendações terapêuticas e para o acompanhamento das diferentes transições vivenciadas ao longo do desenvolvimento infantil e juvenil.

Estas experiências permitiram-me reconhecer que a comunicação centrada na parceria de cuidados exige do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica uma atitude de disponibilidade, respeito e confiança nas capacidades da criança, do jovem e

da família. Progressivamente, compreendi que cuidar em parceria significa construir soluções com a família e não apenas para a família, promovendo uma participação ativa e uma tomada de decisão verdadeiramente partilhada.

OBJETIVO:

- Adequar a comunicação às características culturais da criança, jovem e família

REFLEXÃO:

A crescente diversidade cultural das famílias acompanhadas ao longo dos estágios confrontou-me com diferentes desafios comunicacionais, nomeadamente a existência de barreiras linguísticas que dificultavam a transmissão de informação e a construção da relação terapêutica. Perante estas situações, **procurei recorrer a diferentes estratégias facilitadoras da comunicação, adaptando a intervenção às necessidades de cada família.** Sempre que possível, **utilizei linguagem gestual e demonstrações práticas, recorri à língua inglesa como forma de comunicação alternativa e utilizei aplicações de tradução para esclarecer informações essenciais.** Contudo, estas experiências permitiram-me reconhecer as limitações inerentes a estas estratégias, nomeadamente o risco de interpretações incorretas, a perda de nuances da comunicação e a dificuldade em abordar conteúdos mais complexos ou emocionalmente exigentes, reforçando a importância de adequar a comunicação ao nível de literacia em saúde da família e de confirmar a compreensão da informação transmitida (Campinha-Bacote, 2019; Kaihlanen et al., 2019).

Em algumas situações, deparei-me com famílias em que a criança ou o jovem era o único elemento que dominava a língua portuguesa, assumindo frequentemente o papel de mediador da comunicação entre os profissionais de saúde e os pais. Esta realidade constituiu um desafio acrescido, uma vez que a utilização da criança como intérprete pode condicionar a transmissão correta da informação e expô-la a responsabilidades inadequadas à sua idade e maturidade. Estas experiências reforçaram a importância de **procurar estratégias alternativas de comunicação** que permitissem estabelecer uma relação terapêutica direta com a família, promovendo simultaneamente a segurança e a qualidade dos cuidados, nomeadamente **o recurso a tradutores.**

Nos cuidados de saúde primários e em Neonatologia, contactei igualmente com famílias cujas tradições culturais influenciavam a forma como vivenciavam a amamentação, a alimentação materna durante o período pós-parto e a alimentação do recém-nascido. Em algumas situações, **observei práticas e crenças** relacionadas com alimentos considerados benéficos ou prejudiciais para a produção de leite materno, restrições alimentares específicas durante o puerpério ou diferentes perspetivas relativamente ao momento adequado para o desmame e introdução da alimentação complementar. Estas experiências exigiram uma abordagem baseada no respeito pela diversidade cultural, procurando compreender o significado dessas práticas para cada família antes de apresentar recomendações sustentadas na evidência científica (Campinha-Bacote, 2019).

Em vez de adotar uma postura diretiva ou julgadora, **procurei desenvolver uma comunicação assente no diálogo e na negociação**, valorizando os conhecimentos e experiências das famílias e promovendo uma tomada de decisão informada que conciliasse as suas crenças culturais com as recomendações de saúde infantil. Estas experiências permitiram-me compreender que a adaptação da comunicação às características culturais da criança, do jovem e da família constitui uma condição essencial para a construção de relações terapêuticas de confiança e para a prestação de cuidados individualizados e centrados na pessoa.

COMPETÊNCIAS:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou emergentes, relacionados com a criança, o jovem e a família, especialmente na sua área de especialização.

OBJETIVO:

- Desenvolver competências de pensamento crítico e tomada de decisão clínica fundamentada.

REFLEXÃO:

O desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de tomada de decisão clínica constitui uma dimensão central da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, fui consolidando a compreensão de que a decisão clínica não resulta apenas da aplicação de conhecimentos técnico-científicos, mas da capacidade de integrar a melhor evidência científica disponível, a experiência profissional, as necessidades específicas da criança, do jovem e da família e os princípios éticos que orientam a prática de enfermagem. Neste sentido, a prática baseada na evidência assume-se como um elemento estruturante da qualidade e da segurança dos cuidados, promovendo decisões clínicas mais seguras, eficazes e centradas na pessoa (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Na Unidade de Cuidados na Comunidade, a **participação nas consultas** multidisciplinares de apoio à amamentação representou uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento do raciocínio clínico. O **acompanhamento de situações complexas** associadas a anquiloglossia, laringomalácia, refluxo gastroesofágico ou torcicolo congénito evidenciou que as dificuldades na amamentação raramente podem ser compreendidas de forma isolada, exigindo uma avaliação global da díade mãe-bebé e uma estreita articulação entre diferentes profissionais de saúde. Esta experiência permitiu-me compreender que a tomada de decisão clínica exige capacidade de análise, formulação de hipóteses e reconhecimento dos limites da intervenção autónoma do enfermeiro, mobilizando, sempre que necessário, recursos especializados para garantir uma resposta segura e adequada às necessidades da criança e da família.

Na Unidade de Saúde Familiar, a **participação nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil possibilitou o desenvolvimento de competências relacionadas com a avaliação clínica e a identificação precoce de fatores de risco**. A necessidade de **decidir sobre a referenciação para áreas como Nutrição, Psicologia, Saúde Oral ou outras especialidades** permitiu-me compreender que a tomada de decisão deve assentar numa

avaliação individualizada da criança e do seu contexto familiar, antecipando necessidades futuras e privilegiando uma abordagem preventiva. Esta perspectiva encontra suporte no PNSIJ, que reconhece a vigilância de saúde como uma estratégia fundamental para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, bem como para a detecção precoce de fatores de risco e necessidades de intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As reuniões do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco constituíram um dos contextos de aprendizagem mais desafiantes ao nível do pensamento crítico. A análise interdisciplinar das situações acompanhadas revelou a complexidade dos fatores familiares, sociais e emocionais que podem influenciar o bem-estar da criança, exigindo uma **reflexão contínua sobre os princípios éticos e legais subjacentes à intervenção**. A gestão de situações em que coexistiam o respeito pela autonomia familiar e a necessidade de proteção da criança permitiu-me compreender que a decisão clínica em enfermagem implica frequentemente a ponderação de diferentes valores e interesses, devendo ser sempre orientada pelo superior interesse da criança, princípio consagrado na Convenção sobre os Direitos da Criança e na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, na sua redação atual).

Em contexto de Neonatologia, o **acompanhamento de recém-nascidos em situações clínicas de elevada complexidade** evidenciou a **necessidade de uma monitorização rigorosa e de uma interpretação contínua dos dados clínicos**. A exigência técnica destes cuidados demonstrou que a tomada de decisão em ambientes altamente diferenciados depende de conhecimentos científicos sólidos, mas também da capacidade de adaptação permanente às alterações do estado clínico do recém-nascido e da articulação eficaz com a equipa multidisciplinar.

No Serviço de Urgência Pediátrica, a experiência na triagem, com recurso aos princípios da Triagem Pediátrica Canadiana (Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale –PaedCTAS), permitiu **consolidar competências relacionadas com a priorização dos cuidados, a avaliação sistemática da gravidade clínica e a gestão do risco** (Warren et al., 2008). O acompanhamento de um adolescente com diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus tipo 1 destacou a importância de uma abordagem que ultrapassa a resposta imediata à situação aguda, integrando igualmente **o apoio ao jovem e à família no processo de adaptação a uma nova condição de saúde**. Esta vivência evidenciou que a tomada de decisão clínica deve contemplar, de forma integrada, as dimensões biológica, psicológica e social do

processo de saúde-doença, numa perspectiva de cuidados centrados na pessoa e na família, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022). A evidência mais recente continua a demonstrar a validade e fiabilidade da PaedCTAS na estratificação do risco clínico em contexto de urgência pediátrica (warren et al., 2008).

A diversidade dos contextos assistenciais permitiu-me reconhecer que o pensamento crítico constitui uma competência transversal à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, independentemente do nível de diferenciação dos cuidados prestados. Mais do que aplicar protocolos ou conhecimentos previamente adquiridos, exige a capacidade de questionar a prática, refletir sobre as intervenções realizadas, reconhecer limitações e reajustar a atuação às necessidades concretas de cada criança e família.

A **reflexão sobre as experiências vivenciadas** permitiu-me consolidar a capacidade de analisar criticamente situações clínicas complexas, integrar diferentes perspetivas profissionais e sustentar a tomada de decisão em princípios científicos e éticos. Compreendi que o pensamento crítico constitui uma competência dinâmica, desenvolvida através da experiência, da reflexão e da aprendizagem contínua, sendo indispensável para o exercício autónomo e diferenciado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

OBJETIVO:

- Integrar teoria, experiência prática e evidência científica na prestação de cuidados.

REFLEXÃO:

A qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica depende da capacidade do enfermeiro para transformar o conhecimento científico em intervenções clínicas concretas, adaptadas às necessidades da criança, do jovem e da família. A prática baseada na evidência constitui um dos pilares da enfermagem contemporânea, permitindo que a tomada de decisão resulte da integração entre a melhor evidência científica disponível, a experiência profissional e o contexto clínico específico (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, fui constatando que a evidência científica adquire verdadeiro significado quando é mobilizada para responder a problemas concretos da prática clínica. Na Unidade de Cuidados na Comunidade, **a participação nas consultas multidisciplinares de apoio à amamentação** proporcionou a oportunidade de relacionar conhecimentos teóricos com dificuldades reais vivenciadas pelas famílias. Esta experiência permitiu-me compreender que os desafios associados ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno raramente decorrem de uma única causa, exigindo uma avaliação integrada dos fatores biológicos, funcionais e relacionais envolvidos. O **contacto com situações clínicas complexas reforçou a importância de recorrer ao conhecimento científico para interpretar os problemas identificados e seleccionar as intervenções mais adequadas, em articulação com a equipa multidisciplinar e com a família.**

Ainda neste contexto, o **envolvimento em atividades relacionadas com a introdução da alimentação complementar e com a massagem infantil** permitiu **aprofundar conhecimentos sustentados nas recomendações mais atuais.** Compreendi que a mobilização da evidência científica exige capacidade para **interpretar criticamente as orientações disponíveis e adaptá-las ao contexto clínico específico, garantindo cuidados individualizados e cientificamente fundamentados,** em consonância com os princípios dos Cuidados Centrados na Família (Coyne et al., 2016).

Em contexto de Neonatologia, a **articulação entre teoria e prática** assumiu particular relevância através da **implementação dos princípios dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento.** A **participação em intervenções dirigidas à organização neurocomportamental do recém-nascido, como a gestão dos estímulos ambientais, a contenção, o posicionamento terapêutico e a promoção do método canguru,** permitiu-me compreender o impacto que práticas sustentadas pela evidência podem ter na redução das consequências da prematuridade e da hospitalização. Os European Standards of Care for Newborn Health reconhecem estas intervenções como estratégias fundamentais para promover a estabilidade fisiológica, favorecer o neurodesenvolvimento e minimizar os efeitos adversos do ambiente neonatal intensivo (EFCNI, 2023).

A **utilização do leite humano como estratégia terapêutica e das medidas não farmacológicas no controlo da dor neonatal** reforçou a importância da atualização científica contínua enquanto requisito para a prestação de cuidados diferenciados. O contacto com a **utilização de leite humano da própria mãe e, quando necessário, de leite humano**

de dadora permitiu-me compreender o impacto desta estratégia na redução da enterocolite necrosante, das infeções tardias e de outras complicações associadas à prematuridade, contribuindo igualmente para melhores resultados no neurodesenvolvimento. Esta experiência reforçou a importância do apoio às mães no estabelecimento e manutenção da lactação, bem como da valorização do Banco de Leite Humano como recurso fundamental na proteção do recém-nascido prematuro.

A evidência científica atual reconhece o leite materno como o alimento de eleição para o recém-nascido, particularmente para o prematuro, pelas suas propriedades nutricionais, imunológicas e anti-inflamatórias. Para além dos benefícios na prevenção de complicações neonatais, favorece a maturação gastrointestinal, promove a vinculação e contribui para melhores resultados em saúde a curto e longo prazo. A Organização Mundial da Saúde recomenda o leite humano da própria mãe como primeira opção alimentar e, quando este não está disponível, a utilização de leite humano de dadora devidamente pasteurizado, sobretudo nos recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso (OMS, 2022).

Estas vivências permitiram-me reconhecer que a integração da evidência científica na prática clínica exige mais do que o domínio de conteúdos teóricos. Implica capacidade de análise crítica, disponibilidade para a aprendizagem contínua e reflexão sobre os resultados das intervenções implementadas, ajustando a atuação às necessidades específicas de cada situação clínica.

A diversidade dos contextos de estágio contribuiu para consolidar a perceção de que a experiência prática e o conhecimento científico não constituem dimensões independentes, mas elementos complementares que se enriquecem mutuamente. **A observação de diferentes realidades assistenciais, a partilha de conhecimentos com equipas multidisciplinares e o contacto com situações clínicas complexas** favoreceram uma compreensão mais ampla da importância da fundamentação científica na construção de cuidados seguros, eficazes e humanizados.

A integração dos conhecimentos adquiridos ao longo dos diferentes contextos de estágio permitiu-me compreender que a atualização científica contínua constitui um elemento indispensável da prática especializada. Mais do que conhecer a evidência disponível, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de a interpretar criticamente e transformá-la em intervenções clínicas fundamentadas, contribuindo para a inovação dos cuidados, para a

melhoria dos resultados em saúde e para a consolidação de uma prática profissional segura e de elevada qualidade.

OBJETIVO:

- Desenvolver competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.

REFLEXÃO:

A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem constitui uma das áreas nucleares de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assumindo um papel determinante na promoção da saúde, na prevenção da doença e na identificação precoce de alterações do desenvolvimento. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, **fui aprofundando conhecimentos e consolidando competências nesta área**, compreendendo que a vigilância do desenvolvimento deve ser entendida como um processo contínuo, dinâmico e centrado na criança e na família. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, os referenciais do desenvolvimento infantil descritos por Sharma e Cockerill (2021), baseados no trabalho pioneiro de Mary Sheridan, o Modelo dos Touchpoints de Brazelton e as orientações da Organização Mundial da Saúde para a promoção do desenvolvimento na primeira infância constituíram importantes referenciais para a fundamentação da minha prática, ao valorizarem uma abordagem preventiva, antecipatória, centrada na família e promotora da capacitação parental (Direção-Geral da Saúde, 2013; Brazelton & Sparrow, 2006; Sharma & Cockerill, 2021; World Health Organization, 2020).

Na Unidade de Saúde Familiar, **a participação nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil permitiu-me desenvolver competências na monitorização do crescimento e na avaliação do desenvolvimento infantil, através da observação sistemática dos parâmetros antropométricos e da aquisição das diferentes competências desenvolvimentais**. Para além da **identificação de eventuais alterações do crescimento e desenvolvimento**, estas consultas evidenciaram a importância do aconselhamento antecipatório enquanto estratégia promotora da literacia em saúde,

permitindo **preparar as famílias para os desafios das diferentes etapas do desenvolvimento e incentivar a sua participação ativa na promoção do bem-estar da criança.** Esta abordagem encontra suporte no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, que reconhece a vigilância regular como uma oportunidade privilegiada para promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis e detetar precocemente fatores de risco (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As consultas de vigilância constituíram igualmente um espaço privilegiado para a promoção da saúde e para a educação terapêutica, **permitindo desenvolver intervenções dirigidas às crianças, aos adolescentes e às suas famílias sobre higiene, alimentação, sono, segurança infantil, vacinação e promoção de hábitos de vida saudáveis.** O aconselhamento antecipatório revelou-se uma estratégia essencial para **apoiar a família na compreensão das diferentes etapas do desenvolvimento e promover a participação informada da criança e do jovem,** de acordo com a sua idade e nível de maturidade, favorecendo a adoção de comportamentos promotores de saúde, em consonância com os princípios do Modelo dos Touchpoints, que valoriza a antecipação das etapas do desenvolvimento e a capacitação parental.

O acompanhamento da atividade desenvolvida pela Equipa Local de Intervenção proporcionou uma perspetiva mais abrangente sobre a avaliação do desenvolvimento infantil. A possibilidade de **acompanhar uma criança desde o acolhimento inicial da família até à definição do PIIP** permitiu-me compreender que a avaliação não deve centrar-se exclusivamente nas dificuldades identificadas, mas também nas potencialidades da criança, nos recursos familiares existentes e nas oportunidades presentes no seu contexto de vida. Esta experiência reforçou a importância de uma abordagem global, valorizando a observação clínica, a participação da família e a compreensão do ambiente em que a criança se desenvolve, em consonância com os princípios do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro).

A participação em rastreios visuais dirigidos a crianças em idade pré-escolar contribuiu igualmente para o **desenvolvimento de competências na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.** Esta experiência permitiu-me reconhecer a importância dos programas de rastreio na promoção da saúde e na monitorização do desenvolvimento da criança, bem como a necessidade de esclarecer as famílias relativamente aos procedimentos realizados e à importância do seu acompanhamento.

As experiências vivenciadas ao longo do estágio permitiram-me compreender que a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil exige uma abordagem global, integrando a observação clínica, a utilização de instrumentos de avaliação e a valorização do contexto familiar e social da criança. Mais do que detetar alterações, esta competência implica criar condições que favoreçam o desenvolvimento saudável, apoiar os pais no exercício da parentalidade e promover a participação ativa da criança e do jovem no seu processo de crescimento e desenvolvimento.

A diversidade dos contextos assistenciais contribuiu para consolidar a perceção de que a experiência prática e o conhecimento científico não constituem dimensões independentes, mas elementos complementares que se enriquecem mutuamente. **A observação de diferentes realidades assistenciais, a partilha de conhecimentos com equipas multidisciplinares e o contacto com situações clínicas diversas** favoreceram uma compreensão mais ampla da importância da fundamentação científica na construção de cuidados preventivos, seguros, eficazes e humanizados.

A consolidação destas competências evidenciou que a avaliação do crescimento e desenvolvimento constitui uma oportunidade privilegiada para promover ganhos em saúde desde os primeiros anos de vida. A capacidade de realizar uma vigilância sistemática, antecipar necessidades e envolver ativamente a criança, o jovem e a família no processo de cuidados permite desenvolver intervenções preventivas e potenciadoras do desenvolvimento, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista como promotor do máximo potencial de cada criança e jovem.

OBJETIVO:

- Promover práticas clínicas centradas na criança, no jovem e na família.

REFLEXÃO:

A prestação de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assenta numa abordagem que reconhece a criança, o jovem e a família como parceiros ativos no processo terapêutico. Esta perspetiva implica que as intervenções sejam planeadas e desenvolvidas de forma individualizada, respeitando as necessidades, os valores, as capacidades e as

expectativas de cada família. O Modelo de Parceria nos Cuidados de Casey (1988) e a abordagem centrada na criança e na família descrita por Coyne, Hallström e Söderbäck (2016) constituíram referenciais fundamentais para a consolidação desta visão ao longo do percurso formativo, ao reconhecerem a participação ativa da criança, do jovem e dos cuidadores como elementos essenciais para a qualidade dos cuidados.

Em contexto de Neonatologia, a proximidade com recém-nascidos prematuros e as suas famílias permitiu-me compreender a importância de **integrar os pais nos cuidados desde os primeiros momentos de internamento. A participação no método canguru, nos cuidados de higiene, na alimentação por sonda nasogástrica e no posicionamento terapêutico** evidenciou que o envolvimento parental favorece a vinculação, fortalece a confiança dos cuidadores e contribui para o desenvolvimento das suas competências. Estas vivências reforçaram a importância de **considerar a família como uma unidade de cuidados, promovendo uma intervenção que valorize simultaneamente as necessidades do recém-nascido e dos seus cuidadores.** A evidência científica demonstra que a participação ativa dos pais nos cuidados neonatais melhora os resultados em saúde e contribui para a redução do stress associado ao internamento (EFCNI, 2023).

No SUP, a diversidade das situações clínicas demonstrou que os cuidados centrados na criança e no jovem exigem uma adaptação permanente da comunicação e das estratégias de intervenção ao nível de desenvolvimento e à condição clínica de cada utente. **O acompanhamento de adolescentes permitiu-me refletir sobre a importância de respeitar a sua autonomia progressiva, incentivando a participação nas decisões relacionadas com a sua saúde e valorizando as suas opiniões, preocupações e preferências.** Esta perspetiva encontra enquadramento na Convenção sobre os Direitos da Criança, que reconhece o direito da criança e do jovem a expressarem a sua opinião e a participarem nas decisões que lhes dizem respeito, de acordo com a sua idade e maturidade. **Envolver a família durante os procedimentos e incentivar a sua presença** revelaram-se elementos facilitadores da segurança, do conforto e da continuidade dos cuidados.

Na Unidade de Saúde Familiar, a continuidade assistencial proporcionou uma compreensão mais aprofundada da relação terapêutica estabelecida com a criança e a família. **A participação nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil** permitiu desenvolver intervenções ajustadas às características individuais de cada agregado familiar, promovendo a tomada de decisão partilhada e reconhecendo os pais como principais cuidadores e

promotores da saúde dos seus filhos. O **aconselhamento antecipatório e a educação para a saúde**, preconizados pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, revelaram-se estratégias fundamentais para capacitar as famílias e **promover a participação ativa da criança e do jovem na adoção de comportamentos promotores de saúde** (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Na Unidade de Cuidados na Comunidade, a **participação em atividades de capacitação parental e promoção da literacia em saúde** reforçou a importância do enfermeiro enquanto facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento da autonomia das famílias. As sessões de massagem infantil permitiram observar o valor do toque como forma de comunicação e fortalecimento da vinculação, favorecendo a interação positiva entre pais e bebés e promovendo o desenvolvimento das competências parentais. Do mesmo modo, a **participação na conceção e dinamização de sessões educativas dirigidas a pais e cuidadores, abordando temas relacionados com o desenvolvimento infantil** (Apêndice VII), **suporte básico de vida pediátrico e desobstrução da via aérea**, evidenciou que a capacitação das famílias constitui uma estratégia essencial para a promoção de cuidados mais seguros, para o fortalecimento da confiança parental e para o desenvolvimento de competências que favorecem a saúde e o bem-estar da criança. Estas experiências permitiram-me compreender que a educação para a saúde deve ser construída em parceria com as famílias, valorizando os seus conhecimentos, necessidades e contexto sociocultural, tal como defendem os modelos contemporâneos de cuidados centrados na criança e na família (Smith, Swallow & Coyne, 2015).

Durante o estágio, a reduzida adesão de algumas famílias às atividades disponibilizadas pela equipa, constituiu-se um desafio que motivou uma **reflexão crítica sobre a necessidade de adequar as estratégias de intervenção às características da população-alvo**. Esta realidade permitiu-me compreender que a capacitação parental não depende exclusivamente da transmissão de conhecimentos, exigindo também a criação de relações de confiança, a identificação das necessidades concretas das famílias e a implementação de abordagens flexíveis que favoreçam o seu envolvimento ativo.

As experiências desenvolvidas ao longo deste percurso permitiram consolidar a ideia de que os cuidados centrados na criança, no jovem e na família vão além da prestação direta de cuidados, implicando a construção de uma verdadeira parceria terapêutica baseada na comunicação, no respeito mútuo e na participação ativa dos cuidadores, da criança e do

adolescente. Esta abordagem exige do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica capacidade de adaptação, sensibilidade relacional e uma visão holística que integre as dimensões biológica, emocional, social e desenvolvimental da experiência de saúde e doença.

O **contacto com diferentes realidades familiares** reforçou a importância da construção de relações terapêuticas baseadas na confiança, na participação e no respeito pela singularidade de cada criança e família. Compreendi que os cuidados centrados na criança, no jovem e na família exigem do Enfermeiro Especialista disponibilidade para escutar, partilhar decisões e capacitar os cuidadores, promovendo a autonomia progressiva e uma verdadeira parceria nos cuidados.

OBJETIVO:

- Desenvolver competências na identificação precoce de necessidades de intervenção e referênciação.

REFLEXÃO:

A identificação precoce de necessidades de intervenção constitui uma competência fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo antecipar situações de risco, promover respostas atempadas e mobilizar os recursos mais adequados às necessidades da criança, do jovem e da família. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil atribui particular relevância à vigilância contínua do crescimento e desenvolvimento, reconhecendo a prevenção e a deteção precoce como estratégias essenciais para a promoção da saúde infantil e juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013). A prática baseada na evidência reforça a necessidade de sustentar a tomada de decisão clínica na integração entre conhecimento científico, experiência profissional e contexto individual de cada criança e família (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Na Unidade de Saúde Familiar, **a participação nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil** permitiu desenvolver competências de avaliação global da criança e do seu contexto familiar. A **monitorização sistemática do crescimento, do desenvolvimento, dos hábitos de vida e dos fatores ambientais** possibilitou **identificar precocemente**

situações que justificavam acompanhamento diferenciado ou referenciação para outras áreas de intervenção. Esta experiência permitiu-me compreender que a vigilância em saúde infantil não se limita à deteção de alterações já instaladas, assumindo igualmente uma dimensão preventiva e facilitadora do acesso atempado aos recursos disponíveis na comunidade.

O **contacto com a Equipa Local de Intervenção** proporcionou uma compreensão mais aprofundada do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Este sistema destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como a crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. Assente numa intervenção centrada na criança e na família, o SNIPI promove a articulação entre os setores da Saúde, Educação e Segurança Social, procurando potenciar o desenvolvimento infantil e reforçar as competências parentais. A possibilidade de **acompanhar uma criança desde a sua sinalização até à elaboração do PIIP** permitiu-me compreender a importância da deteção precoce dos fatores de risco e da implementação de estratégias individualizadas que favoreçam o desenvolvimento da criança e a capacitação da família.

A **utilização do Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3)** constituiu igualmente uma experiência relevante para o desenvolvimento desta competência. A aplicação deste instrumento permitiu-me compreender a importância de utilizar métodos de avaliação validados que integrem a participação ativa dos pais, favorecendo uma identificação mais precoce de alterações do desenvolvimento e uma referenciação mais adequada às necessidades da criança (Squires & Bricker, 2009).

A **participação na realização de rastreios visuais** permitiu **consolidar competências na área da prevenção secundária e da deteção precoce de alterações da visão.** Esta atividade enquadra-se nas estratégias do Programa Nacional para a Saúde da Visão e na Norma da Direção-Geral da Saúde relativa ao Rastreio de Saúde Visual Infantil, articulando-se igualmente com os objetivos definidos pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Na área de intervenção da Unidade Local de Saúde, as crianças são convocadas pela Unidade de Saúde Familiar no semestre em que completam dois anos de idade, sendo os rastreios realizados pelas enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade. O principal objetivo desta intervenção consiste na identificação precoce de fatores de risco para ambliopia,

estrabismo e erros refrativos significativos, permitindo a referenciação atempada para avaliação especializada. Para além da **execução do procedimento técnico, esta atividade exigiu o esclarecimento dos pais relativamente aos resultados obtidos e ao percurso assistencial subsequente**, reforçando a importância da literacia em saúde e da participação informada das famílias.

A **participação nas reuniões do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco** constituiu uma das experiências mais significativas para o desenvolvimento desta competência. O NACJR integra o primeiro nível de intervenção da pirâmide de proteção das crianças e jovens, funcionando como uma estrutura de apoio aos profissionais de saúde na prevenção, deteção, sinalização e acompanhamento de situações de risco ou perigo. A sua atividade encontra enquadramento no Despacho n.º 31292/2008 e articula-se com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, na sua redação atual), privilegiando uma intervenção precoce junto da criança e da família sempre que possível.

A **participação nestas reuniões permitiu compreender que a proteção da criança exige uma observação contínua e uma avaliação abrangente das circunstâncias que envolvem o seu crescimento e desenvolvimento**. O enfermeiro, pela proximidade que estabelece com a criança e a família ao longo do ciclo vital, encontra-se numa posição privilegiada para identificar sinais de alerta que possam indiciar situações de vulnerabilidade. Entre os aspetos frequentemente valorizados incluem-se a negligência nos cuidados básicos, o absentismo às consultas de vigilância, o incumprimento terapêutico com repercussão na saúde da criança, as dificuldades de vinculação, a supervisão inadequada, a exposição à violência doméstica, os problemas de saúde mental parental, os consumos aditivos e outros fatores suscetíveis de comprometer o bem-estar e a segurança infantil.

A **análise interdisciplinar dos casos discutidos** permitiu-me reconhecer que a identificação precoce de situações de risco exige uma avaliação integrada dos fatores de risco e de proteção presentes no contexto familiar e social da criança. Evidenciou a importância da articulação entre os diferentes profissionais e instituições, garantindo respostas coordenadas e adequadas às necessidades identificadas. Esta experiência reforçou a minha consciência relativamente à responsabilidade ética, legal e profissional dos enfermeiros na proteção dos direitos da criança e na promoção do seu superior interesse.

As diferentes experiências vivenciadas permitiram-me compreender que a identificação precoce de necessidades de intervenção ultrapassa a simples deteção de alterações,

implicando capacidade de antecipação, raciocínio clínico e articulação permanente com os recursos da comunidade. Esta competência exige uma visão global da criança e da família, bem como a mobilização de respostas interdisciplinares que garantam a continuidade e a adequação dos cuidados prestados.

A análise das situações acompanhadas permitiu-me reconhecer que a identificação precoce representa uma das mais importantes oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A capacidade de reconhecer sinais de vulnerabilidade, mobilizar recursos e articular respostas interdisciplinares contribui para uma intervenção atempada e integrada, promovendo a proteção dos direitos da criança e a salvaguarda do seu superior interesse.

OBJETIVO:

- Desenvolver competências na promoção da inclusão e da saúde da criança e do jovem com necessidades de saúde especiais em contexto escolar.

REFLEXÃO:

A promoção da saúde em idade pediátrica ultrapassa o contexto estritamente clínico, exigindo uma intervenção integrada entre a criança, o jovem, a família, a escola e os serviços de saúde. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel relevante na capacitação das comunidades, na prevenção da doença e na criação de ambientes promotores da saúde, favorecendo o desenvolvimento pleno da criança e do jovem. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE|2015) constitui um importante referencial para esta intervenção, reconhecendo a escola como um contexto privilegiado para a promoção da saúde, da inclusão e da cidadania, através de uma atuação articulada entre os setores da Saúde e da Educação (Direção-Geral da Saúde, 2015). Os princípios da Educação Inclusiva, consagrados no Decreto-Lei n.º 54/2018, reforçam a necessidade de garantir respostas ajustadas às necessidades específicas de cada aluno, promovendo a sua participação plena na vida escolar.

Durante o estágio, o **contacto com a equipa de Saúde Escolar** permitiu-me compreender a importância do trabalho em parceria com a comunidade educativa, **desenvolvendo**

competências de articulação interinstitucional e de planeamento de intervenções dirigidas às necessidades específicas das crianças e jovens em contexto escolar. Estas experiências evidenciaram que a promoção da saúde depende da construção de respostas integradas, capazes de aproximar os serviços de saúde dos contextos de vida da criança e de mobilizar os diferentes intervenientes para objetivos comuns.

Uma das atividades mais significativas consistiu na **participação na elaboração e reavaliação de Planos de Saúde Individual (PSI)**, instrumento fundamental para garantir a segurança, a inclusão e a participação dos alunos com necessidades especiais de saúde em contexto escolar. O PSI permite identificar as necessidades individuais da criança ou do jovem, definir procedimentos de atuação perante situações de emergência e promover a articulação entre profissionais de saúde, família e comunidade educativa, constituindo um importante recurso para a implementação dos princípios da educação inclusiva e da continuidade dos cuidados.

A participação na reavaliação do Plano de Saúde Individual (PSI) de uma criança com Diabetes Mellitus tipo 1 permitiu-me compreender a importância da continuidade dos cuidados e da monitorização periódica das NSE em contexto escolar. A **avaliação conjunta realizada com a equipa educativa** evidenciou que a capacitação previamente desenvolvida junto dos profissionais da escola permitia assegurar a identificação precoce de sinais de hipoglicemia e a implementação das medidas adequadas de atuação, justificando a manutenção das estratégias anteriormente definidas. Esta experiência reforçou a importância da educação para a saúde enquanto instrumento promotor da autonomia, da segurança e da inclusão da criança no ambiente escolar.

Colaborei igualmente na elaboração do PSI de uma adolescente com epilepsia recentemente integrada na escola. Este processo implicou a **recolha de informação clínica, a identificação das necessidades específicas da jovem e a definição de procedimentos de atuação perante uma eventual crise epilética em contexto escolar.** A participação nesta atividade permitiu-me compreender que a gestão das doenças crónicas em meio escolar não se limita à resposta perante situações de emergência, envolvendo igualmente a redução do estigma associado à doença, a promoção da inclusão e a criação de condições que favoreçam a participação plena da criança e do jovem na vida escolar.

Participei na conceção, preparação e dinamização de ações de formação dirigidas a docentes, não docentes e alunos, com o objetivo de **capacitar a comunidade educativa**

para a resposta às NSE das crianças e jovens em contexto escolar, de acordo com os princípios das Escolas Promotoras da Saúde, que defendem uma abordagem participativa e intersectorial (Apêndice VIII). Estas intervenções permitiram-me compreender que a promoção da inclusão e da segurança em meio escolar depende da partilha de conhecimentos e da responsabilização de todos os intervenientes, favorecendo a criação de ambientes educativos mais preparados para responder a situações de doença crónica ou emergência em saúde. A participação dos alunos nestas atividades revelou-se igualmente importante para a **promoção da literacia em saúde**, do respeito pela diferença e da construção de uma cultura de inclusão e apoio entre pares. Esta experiência possibilitou o **desenvolvimento de competências de comunicação, planeamento e adaptação da informação aos diferentes públicos-alvo**, valorizando a educação para a saúde como estratégia promotora da autonomia, da inclusão e da continuidade dos cuidados, em consonância com os princípios do Programa Nacional de Saúde Escolar, da Educação Inclusiva e das Escolas Promotoras da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015; Decreto-Lei n.º 54/2018; World Health Organization & UNESCO, 2021).

A intervenção em contexto escolar demonstrou que a promoção da saúde e da inclusão das crianças e jovens com NSE depende da construção de parcerias efetivas entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade educativa. Compreendi que o Enfermeiro Especialista assume um papel fundamental na capacitação dos diferentes intervenientes, na implementação de estratégias que favoreçam a participação plena da criança e do jovem e na criação de ambientes escolares mais seguros, inclusivos e promotores de equidade.

COMPETÊNCIAS

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a criança/jovem e família;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise e intervenção em situações complexas;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da sua área de especialização.

OBJETIVO:

- Desenvolver competências especializadas na assistência à criança, jovem e família em situações de elevada complexidade, mobilizando capacidade de análise crítica, tomada de decisão fundamentada e adaptação a contextos imprevistos.

REFLEXÃO:

A prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica implica responder a situações em que a complexidade clínica se associa frequentemente a desafios relacionais, emocionais, culturais e familiares, exigindo uma abordagem sistemática, flexível e centrada na criança e na família. A prestação de cuidados especializados requer a mobilização de conhecimentos científicos, pensamento crítico e capacidade de adaptação, permitindo responder de forma segura às necessidades identificadas e promover intervenções ajustadas à singularidade de cada contexto. A prática baseada na evidência e os princípios dos Cuidados Centrados na Família constituíram referenciais fundamentais para a orientação da minha intervenção, reconhecendo a importância da parceria terapêutica e da tomada de decisão partilhada (Coyne et al., 2016; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Na Unidade de Cuidados na Comunidade, **acompanhei uma díade mãe-bebé cuja situação reunia diversos fatores de complexidade clínica e relacional**. O acompanhamento foi realizado maioritariamente através de sessões online, devido à impossibilidade da mãe comparecer presencialmente nos serviços. Embora a visita domiciliária constitua uma estratégia privilegiada para a avaliação das competências parentais, das condições ambientais e das dinâmicas familiares, a sua concretização não foi possível, uma vez que a família residia fora da área geográfica de intervenção da equipa. Esta limitação condicionou a observação direta do contexto familiar e **exigiu a adaptação das estratégias habitualmente utilizadas na prática clínica**.

A ausência de contacto presencial representou um desafio acrescido, particularmente na avaliação da interação mãe-bebé e da eficácia da amamentação. A impossibilidade de recorrer à observação direta **exigiu maior rigor na recolha e interpretação da informação, bem como a utilização de estratégias alternativas** que permitissem acompanhar a evolução da situação clínica com segurança. **A comunicação estruturada, a validação frequente da informação partilhada pela mãe e a utilização de recursos visuais**

revelaram-se fundamentais para sustentar a avaliação e orientar a intervenção, demonstrando a importância da flexibilidade e da adaptação perante circunstâncias imprevistas.

A complexidade do caso foi igualmente influenciada pela forte convicção materna relativamente às opções alimentares que pretendia adotar para a filha. A recusa em considerar a introdução de leite de fórmula, associada a elevados níveis de ansiedade e à preferência por abordagens de medicina integrativa, **exigiu uma avaliação contínua dos riscos e benefícios das diferentes estratégias possíveis**. Esta situação colocou em evidência a **necessidade de conciliar as preferências, os valores e o contexto sociocultural da família com a responsabilidade profissional de promover o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança**.

Perante este contexto, tornou-se fundamental **construir uma relação terapêutica baseada na confiança, na escuta ativa e no respeito** pelas preocupações manifestadas pela mãe. A intervenção centrou-se na **promoção de uma autonomia informada, privilegiando a partilha de informação clara e fundamentada, sem desvalorizar as crenças e expectativas familiares**. Esta abordagem encontra enquadramento nos princípios dos Cuidados Centrados na Família, que reconhecem os pais como parceiros ativos no processo de cuidados e valorizam a tomada de decisão partilhada e a capacitação parental (Coyne et al., 2016). Ao mesmo tempo, permitiu-me **refletir sobre a importância da competência cultural em enfermagem**, entendida como a capacidade de prestar cuidados respeitando os valores, as crenças e as preferências das pessoas, sem comprometer a segurança e a qualidade assistencial.

A **monitorização contínua do crescimento infantil, dos indicadores de eficácia da amamentação e do estado emocional da mãe permitiu reajustar sucessivamente as estratégias implementadas, adequando-as à evolução da situação**. A intervenção desenvolvida procurou integrar as recomendações científicas mais atuais com as necessidades e os valores da família, numa perspetiva de prática baseada na evidência. De acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2023), a tomada de decisão clínica deve resultar da integração entre a melhor evidência científica disponível, a experiência profissional e as preferências da pessoa e da família, princípio que orientou todo o processo de acompanhamento.

A **participação em reuniões multidisciplinares** revelou-se igualmente determinante para a gestão deste caso, permitindo integrar diferentes perspetivas profissionais e validar as

intervenções desenvolvidas. O trabalho colaborativo favoreceu uma análise mais abrangente da situação e reforçou a importância da articulação entre profissionais na resolução de problemas complexos, particularmente quando coexistem dimensões clínicas, emocionais, culturais e relacionais.

Esta experiência permitiu-me compreender que a assistência à criança e família em situações de elevada complexidade ultrapassa a resolução de problemas estritamente clínicos, exigindo capacidade de adaptação perante circunstâncias imprevistas e competência para desenvolver intervenções ajustadas à singularidade de cada contexto. Compreendi igualmente que a tomada de decisão em enfermagem pediátrica deve resultar de uma avaliação contínua e global da situação, integrando a segurança da criança, as necessidades da família, os princípios éticos e os recursos disponíveis.

A gestão desta situação evidenciou que a assistência especializada à criança, ao jovem e à família em contextos de elevada complexidade exige uma intervenção dinâmica, flexível e permanentemente ajustada à evolução das necessidades identificadas. Compreendi que a capacidade de adaptar estratégias, gerir a incerteza e construir soluções individualizadas constitui uma competência essencial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo responder de forma segura e humanizada aos desafios inerentes à prática clínica.

OBJETIVO:

- Integrar referenciais teóricos e evidência científica na prestação de cuidados especializados, promovendo uma prática ética, relacional e culturalmente competente.

REFLEXÃO:

A prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exige que o enfermeiro desenvolva uma prática eticamente responsável, relacionalmente sensível e culturalmente competente. A compreensão das experiências de saúde e doença implica reconhecer que as decisões das famílias são influenciadas por fatores emocionais, culturais,

espirituais e sociais, exigindo uma intervenção que respeite a diversidade humana e promova uma verdadeira parceria terapêutica. Neste contexto, os Cuidados Centrados na Família e a competência cultural em saúde constituem referenciais fundamentais para a prática especializada (Coyne et al., 2016; Campinha-Bacote, 2019).

No contexto da Neonatologia, uma das experiências que mais contribuiu para o meu desenvolvimento profissional foi o acompanhamento de uma recém-nascida de termo, gêmea e com extremo baixo peso ao nascimento (inferior a 1000 gramas), enquanto a irmã apresentava uma evolução clínica favorável. A situação assumiu particular complexidade pelo facto de a família, pertencente à etnia cigana, ter recusado o contacto com a recém-nascida, por acreditar que esta não sobreviveria, circunstância que posteriormente se veio a confirmar.

O primeiro contacto com esta realidade despertou em mim sentimentos de inquietação e alguma dificuldade em compreender a decisão da família, sobretudo pela importância atribuída ao envolvimento parental nos cuidados neonatais e à vinculação precoce. Contudo, **a reflexão sobre esta experiência e a discussão da situação com a equipa multidisciplinar** permitiram-me reconhecer que a vivência da doença, do sofrimento e da morte é profundamente influenciada pelo contexto cultural, pelas experiências anteriores e pelos significados atribuídos por cada família.

A análise desta situação foi enriquecida pelos contributos da competência cultural em saúde, entendida como a capacidade dos profissionais adaptarem os cuidados às características socioculturais das pessoas e famílias, promovendo intervenções respeitadoras da diversidade e das suas necessidades específicas (Campinha-Bacote, 2019). Esta perspetiva permitiu-me compreender que aquilo que inicialmente interpretei como uma recusa de vinculação poderia representar, para aquela família, uma estratégia legítima de proteção emocional perante a antecipação da perda.

Os princípios dos cuidados culturalmente responsivos defendem que a qualidade dos cuidados depende da capacidade dos profissionais reconhecerem e valorizarem as diferenças culturais, evitando interpretações baseadas exclusivamente nos seus próprios referenciais e promovendo relações terapêuticas assentes no respeito e na compreensão mútua (Kaihlanen, Hietapakka, & Heponiemi, 2019). Esta abordagem revelou-se particularmente importante para **adequar a intervenção às características e valores** daquela família, preservando simultaneamente a dignidade da recém-nascida e a qualidade dos cuidados prestados.

A situação conduziu igualmente a uma **reflexão aprofundada sobre o luto perinatal e neonatal**. A literatura atual descreve o luto como um processo profundamente individual, influenciado pelas características pessoais, familiares, culturais e espirituais de cada pessoa, não existindo uma forma única ou correta de vivenciar a perda (Aho, Paavilainen, & Kaunonen, 2012). Esta perspetiva permitiu-me compreender que as reações observadas na família constituíam uma forma legítima de enfrentar uma situação de sofrimento extremo, ainda que diferente daquela que eu inicialmente considerava expectável.

O contacto com esta realidade reforçou igualmente a importância da reflexão ética na prática clínica. Compreendi que o enfermeiro especialista deve ser capaz de equilibrar os princípios científicos que orientam os cuidados com o respeito pela autonomia, pela dignidade e pelos valores culturais das famílias. Mais do que aplicar recomendações técnicas, exige-se a capacidade de construir relações terapêuticas de confiança e de promover intervenções humanizadas e culturalmente sensíveis.

A reflexão desenvolvida a partir desta experiência permitiu-me reconhecer que os referenciais teóricos constituem instrumentos essenciais para interpretar situações complexas e fundamentar decisões profissionais mais conscientes. Evidenciou a importância de questionar pressupostos pessoais e profissionais, desenvolvendo uma prática mais reflexiva, ética e aberta à diversidade cultural.

O confronto com esta realidade contribuiu para o desenvolvimento de uma prática profissional mais ética, reflexiva e culturalmente sensível, permitindo-me compreender que cada criança e cada família atribuem significados próprios às experiências de saúde, doença e perda. Reconheci que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve ser capaz de acolher essa diversidade com respeito, empatia e abertura, construindo relações terapêuticas que preservem a dignidade humana e promovam cuidados verdadeiramente individualizados. Esta abordagem encontra igualmente enquadramento nos princípios da ética do cuidado, que valorizam a relação, a responsabilidade e a sensibilidade perante a vulnerabilidade humana.

5-CONCLUSÃO

O presente relatório constitui a síntese do percurso formativo desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. A sua elaboração permitiu analisar criticamente as experiências vivenciadas, as aprendizagens adquiridas e o processo de desenvolvimento das competências necessárias ao exercício especializado da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo deste percurso foi possível consolidar e aprofundar conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, mobilizando-os nos diferentes contextos de estágio — Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Urgência Pediátrica. A diversidade destes contextos proporcionou uma visão abrangente da saúde infantil, permitindo compreender a criança e a família ao longo do continuum de cuidados, desde a promoção da saúde e prevenção da doença até à resposta a situações de elevada complexidade e vulnerabilidade.

O desenvolvimento das competências previstas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ocorreu de forma integrada nos domínios da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. No domínio da prestação de cuidados, foi reforçada uma prática centrada na criança, no jovem e na família, sustentada na parceria de cuidados, na comunicação terapêutica, na promoção da parentalidade e na tomada de decisão baseada na evidência científica. Nos domínios da gestão e da formação, desenvolvi uma compreensão mais aprofundada do papel do Enfermeiro Especialista enquanto líder clínico, supervisor e promotor do desenvolvimento profissional das equipas. Paralelamente, a investigação assumiu-se como elemento estruturante da prática, permitindo fundamentar intervenções, questionar procedimentos e promover cuidados mais seguros, atualizados e de maior qualidade.

Sustentado em quase vinte e cinco anos de experiência profissional na área pediátrica, este percurso representou uma oportunidade de aprofundamento de conhecimentos e de consolidação de competências especializadas. Se a experiência profissional prévia constituiu uma base sólida para o desenvolvimento deste percurso, a formação pós-graduada permitiu reforçar o pensamento crítico, a capacidade reflexiva e a fundamentação científica da prática clínica, contribuindo para uma intervenção mais diferenciada e consciente.

As experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio reforçaram a convicção de que a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exige uma abordagem integrada, centrada na criança, no jovem e na família, onde o rigor científico e técnico se articula com a humanização dos cuidados. A comunicação terapêutica, a parceria com a família, a promoção da autonomia parental e o respeito pelas necessidades individuais revelaram-se elementos fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados e para a obtenção de ganhos em saúde.

A prática baseada na evidência científica assumiu um papel transversal em todo o percurso formativo, permitindo sustentar a tomada de decisão clínica, promover a melhoria contínua dos cuidados e reforçar a segurança da criança e da família. A reflexão crítica sobre a prática revelou-se indispensável para o desenvolvimento de competências especializadas e para a construção de uma identidade profissional mais sólida e diferenciada.

À semelhança do que defende Patricia Benner, a competência profissional não constitui um estado final alcançado com a obtenção de um grau académico, mas antes um processo contínuo de desenvolvimento e aperfeiçoamento. Neste sentido, a conclusão deste mestrado representa uma etapa significativa do percurso profissional, reforçando o compromisso com a excelência dos cuidados, a aprendizagem ao longo da vida e a melhoria contínua da prática clínica.

Concluo, assim, que este percurso contribuiu de forma decisiva para a consolidação da minha identidade enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reforçando o compromisso com uma prática ética, reflexiva, humanizada e sustentada na melhor evidência científica disponível. O desenvolvimento das competências adquiridas constitui um referencial para a prática futura, orientando a intervenção clínica, a gestão de cuidados, a formação e a investigação, sempre com o propósito de promover o bem-estar, a saúde e o superior interesse da criança, do jovem e da família.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aho, A. L., Paavilainen, E., & Kaunonen, M. (2012). Mothers' experiences of support after the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 1152–1161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04247.x>
- Als, H. (2009). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2(3), 135–147. <https://doi.org/10.3233/NPM-2009-0061>
- 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. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2018). Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 67–82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.004>
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Billett, S. (2016). Learning through health care work: Premises, contributions and practices. *Medical Education*, 50(1), 124–131. <https://doi.org/10.1111/medu.12848>
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (2011). *Neonatal behavioral assessment scale* (4th ed.). Mac Keith Press.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2006). *Touchpoints: Birth to three* (2nd ed.). Da Capo Press.
- Butler, A. E., Ridgway, L., Henderson, E. M., Hokke, S., Edvardsson, K., Adams, C., Greenwood, E., East, C., Safari, K., Arefadib, N., McKenna, L., & Copnell, B. (2025). Family-centred care research in paediatrics: A scoping review. *Journal of Child Health Care*. <https://doi.org/10.1177/13674935251337492>

- Campinha-Bacote, J. (2019). Cultural competemility: A paradigm shift in the cultural competence versus cultural humility debate – Part I. *Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>
- Cant, R., Ryan, C., Hughes, L., Luders, E., & Cooper, S. (2021). What helps, what hinders? Undergraduate nursing students' perceptions of clinical placements based on a thematic synthesis of the literature. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211035845>
- Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8–9.
- 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*, 20(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Dang, D., & Dearholt, S. (2022). *Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines* (4th ed.). Sigma Theta Tau International.
- Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. Estabelece o regime jurídico da educação inclusiva. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 129.
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 193.
- Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro. Cria os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 236.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. DGS.
- EFCNI. (2023). *European Standards of Care for Newborn Health*. European Foundation for the Care of Newborn Infants.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2023). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed.). Elsevier.

- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life. *PLoS Medicine*, 18(5), e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- Johns, C. (2017). *Becoming a reflective practitioner* (5th ed.). Wiley-Blackwell.
- Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18, 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2018). *Experiential learning theory as a guide for experiential educators in higher education*. ELTHE.
- 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>
- Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 204.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing* (9th ed.). Wolters Kluwer.
- Martin, P., Lizarondo, L., Kumar, S., & Snowdon, D. (2021). Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: A mixed methods systematic review. *PLOS ONE*, 16(11), e0260156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260156>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development. *BMC Nursing*, 20, 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.

- Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(3), 180–187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
- Piaget, J. (1977). *The development of thought: Equilibration of cognitive structures*. Viking Press.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coords.). (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. (2019). Best practices of formal new graduate nurse transition programs. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 139–158. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.010>
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2021). *Mary Sheridan's from birth to five years: Children's developmental progress* (5th ed.). Routledge.
- Smith, J., Swallow, V., & Coyne, I. (2015). Involving parents in managing their child's long-term condition. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(5), 743–752. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.002>
- Squires, J., & Bricker, D. (2009). *Ages & Stages Questionnaires® (ASQ-3): A parent-completed child monitoring system* (3rd ed.). Paul H. Brookes.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective leadership and management in nursing* (9th ed.). Pearson.
- Svetic Ciscic, R., Ghadirian, F., Atashzadeh-Shoorideh, F., Miethlich, B., & Gacina, S. (2025). Insights into the role of emotional intelligence in nursing leadership. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 16(1), 2127–2144. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2025.16.0007>
- Tuomikoski, A. M., Ruotsalainen, H., Mikkonen, K., & Kääriäinen, M. (2020). Nurses' experiences of clinical supervision: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 707–718. <https://doi.org/10.1111/jonm.12906>
- UNICEF. (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF.
- Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., & Gravel, J. (2008). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 224–243. <https://doi.org/10.1017/S1481803500010153>
- Wenger-Trayner, E., & Wenger-Trayner, B. (2020). *Learning to make a difference: Value creation in social learning spaces*. Cambridge University Press.

- White, K. M., Dudley-Brown, S., & Terhaar, M. F. (2019). *Translation of evidence into nursing and health care* (3rd ed.). Springer.
- World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030*. WHO.
- World Health Organization. (2022). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive*. WHO.
- World Health Organization, UNICEF, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care framework for early childhood development*. WHO.
- World Health Organization, & UNESCO. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators*. WHO.
- Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>

APÊNDICES

APÊNDICE I- Planeamento da Formação de pares “Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica”



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Formação

**Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no
Serviço de Urgência Pediátrica**

Estudante: Joana Gisela Martins da Silva Cunha

Sob orientação de: Professora Doutora Constança Festas

Porto, março de 2026

ÍNDICE

1-Introdução	105
2-Enquadramento Teórico	108
2.1 Violência e Agressividade Parental Contra Profissionais de Saúde	108
2.2- Violência e Agressividade Parental no Contexto do Serviço de Urgência	109
2.3Impacto da Agressividade nos Profissionais de Enfermagem	110
2.4-Comunicação Terapêutica e Estratégias de Desescalada	110
3 Formação de Pares em Contexto Clínico	111
3.1 Papel do Enfermeiro Especialista na Capacitação da Equipa	111
3.2- Planeamento Da Sessão Formativa	112
3.3-Objetivos da Sessão	112
3.4- População Alvo	113
3.5-Recursos	114
3.5.1- Recursos Humanos	114
3.5.2-Recursos Físicos e Materiais	114
3.6-Metodologia	115
3.7 Avaliação da Sessão	116
4- Conclusão	117
Bibliografia	119
Apêndices	121
Apêndice I- Plano da Sessão Formativa	122
Apêndice II-Questionário Diagnóstico	124
Apêndice III-Questionário de avaliação da sessão formativa	126
Apêndice IV-Formação Powerpoint	128

1-INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto. A sua realização insere-se no contexto do estágio realizado no Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital da região do Grande Porto, onde foi identificada a necessidade de capacitar a equipa de enfermagem na gestão de situações de agressividade parental dirigidas aos profissionais de saúde.

Esta necessidade emergiu da observação da prática clínica durante o estágio, tendo sido possível identificar que episódios de tensão, hostilidade ou agressividade por parte de pais ou cuidadores constituem situações presentes no contexto do serviço de urgência pediátrica, gerando desconforto e impacto emocional na equipa de enfermagem. O ambiente da urgência pediátrica caracteriza-se frequentemente por elevada pressão assistencial, tempos de espera variáveis e forte carga emocional associada à doença da criança, fatores que podem potenciar sentimentos de ansiedade, medo e frustração por parte das famílias, manifestando-se, por vezes, através de comportamentos agressivos dirigidos aos profissionais de saúde (Phillips, 2016; Lanctôt & Guay, 2014).

A literatura evidencia que os serviços de urgência são contextos particularmente vulneráveis à ocorrência de violência ou agressividade contra profissionais de saúde, sendo os enfermeiros frequentemente os profissionais mais expostos, devido ao contacto direto e contínuo com os utentes e suas famílias ao longo do processo assistencial (Speroni et al., 2014). Em contexto pediátrico, a vulnerabilidade emocional dos pais perante a doença da criança pode intensificar reações de stress e comportamentos de confronto, sobretudo quando associadas à perceção de falta de informação, dificuldades de comunicação ou incompreensão relativamente aos processos de triagem e tempos de espera (Parent & Whalen, 2015).

Neste contexto, torna-se fundamental investir no desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais que permitam aos profissionais reconhecer sinais precoces de tensão, gerir situações de conflito e aplicar estratégias de comunicação terapêutica e de desescalada verbal. A capacitação da equipa de enfermagem através de formação entre pares constitui uma estratégia particularmente pertinente, ao promover a partilha de experiências,

a reflexão sobre a prática clínica e o desenvolvimento de estratégias adaptadas à realidade assistencial do serviço.

Neste âmbito, destaca-se o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica enquanto agente promotor da qualidade e segurança dos cuidados, assumindo também uma função relevante na formação e capacitação das equipas de saúde. De acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista detém competências avançadas que incluem a promoção do desenvolvimento profissional dos pares, a dinamização de atividades formativas em contexto clínico e a implementação de estratégias que contribuam para a melhoria contínua da prática assistencial e para a criação de ambientes de cuidados seguros e humanizados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Com vista a responder à problemática identificada, foi desenvolvida uma formação entre pares dirigida à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica, centrada em estratégias para mitigar a agressividade parental no contexto da prestação de cuidados. A formação teve como objetivo promover o desenvolvimento de competências na identificação precoce de sinais de tensão, na gestão de situações de conflito e na utilização de estratégias de comunicação terapêutica que favoreçam a relação com os pais ou cuidadores, contribuindo para a promoção de um ambiente assistencial mais seguro e favorável ao estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a criança e a sua família.

A implementação desta intervenção formativa constituiu igualmente uma oportunidade para o desenvolvimento de competências profissionais no domínio da formação em contexto clínico, particularmente no planeamento, implementação e avaliação de atividades educativas dirigidas a profissionais de saúde. A formação de pares assume-se, neste sentido, como uma estratégia relevante de desenvolvimento profissional e de melhoria da qualidade dos cuidados, ao valorizar a experiência da equipa e promover a aprendizagem colaborativa.

O presente relatório tem como objetivo descrever, fundamentar e analisar uma intervenção formativa dirigida à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica sobre estratégias para mitigar a agressividade parental, desenvolvida no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pretende-se evidenciar o contributo do enfermeiro especialista na capacitação da equipa e na promoção de um ambiente de cuidados seguro, humanizado e centrado na criança e na família.

Estruturalmente, o trabalho organiza-se em quatro capítulos. O primeiro corresponde à introdução, onde se contextualiza a problemática e se justifica a pertinência da intervenção. O segundo capítulo apresenta o enquadramento teórico relativo à agressividade dirigida aos profissionais de saúde, à comunicação terapêutica e à gestão de conflito no contexto da urgência pediátrica. O terceiro capítulo descreve o planeamento da intervenção formativa, incluindo os seus objetivos, metodologia, recursos e critérios de avaliação. Por fim, o quarto capítulo integra a conclusão, seguida das referências bibliográficas e dos apêndices que sustentam o trabalho desenvolvido.

2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1-VIOLÊNCIA E AGRESSIVIDADE CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A violência contra profissionais de saúde constitui um problema crescente a nível global, sendo particularmente frequente em contextos de elevada pressão assistencial, como os serviços de urgência. A Organização Mundial da Saúde define violência no local de trabalho como qualquer incidente em que profissionais sejam ameaçados, abusados ou agredidos em circunstâncias relacionadas com o exercício da sua atividade profissional, incluindo violência verbal, psicológica ou física (World Health Organization, 2020).

Diversos estudos evidenciam que os profissionais de saúde estão entre os grupos profissionais mais expostos à violência no local de trabalho, sendo os enfermeiros particularmente vulneráveis devido à natureza do seu papel assistencial e à proximidade estabelecida com os utentes e famílias ao longo do processo de cuidados (Phillips, 2016). A violência em contexto hospitalar manifesta-se frequentemente através de comportamentos de agressividade verbal, ameaças, intimidação ou atitudes hostis por parte de utentes ou familiares, podendo ocorrer em diferentes contextos assistenciais.

Os serviços de urgência apresentam um risco acrescido para a ocorrência destes episódios, em virtude da elevada afluência de utentes, da imprevisibilidade das situações clínicas e da presença de indivíduos em situação de vulnerabilidade emocional ou psicológica (Speroni et al., 2014). Nestes contextos, fatores como tempos de espera prolongados, perceção de falta de informação ou expectativas não correspondidas relativamente aos cuidados podem contribuir para o aumento de situações de conflito entre profissionais e utentes ou familiares.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde reconhece a violência contra profissionais de saúde como uma problemática relevante para a segurança no trabalho e para a qualidade dos cuidados prestados, reforçando a necessidade de implementar estratégias de prevenção, sensibilização e formação dirigidas aos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Face ao impacto da agressividade dirigida aos profissionais de saúde e à necessidade de desenvolver competências comunicacionais e relacionais na equipa de enfermagem, a formação em contexto clínico emerge como uma estratégia relevante de desenvolvimento profissional. A capacitação dos enfermeiros para a gestão de situações de tensão ou conflito

com pais ou cuidadores assume particular importância nos serviços de urgência pediátrica, onde as interações com as famílias ocorrem frequentemente em contextos de elevada carga emocional. Neste sentido, a implementação de uma formação entre pares constitui uma oportunidade para promover a reflexão sobre a prática, partilhar experiências e desenvolver estratégias de atuação adequadas à realidade assistencial do serviço.

2.2-A AGRESSIVIDADE PARENTAL NO CONTEXTO DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

No contexto da urgência pediátrica, a agressividade dirigida aos profissionais de saúde assume frequentemente características particulares, estando muitas vezes associada à ansiedade e ao sofrimento emocional dos pais perante a doença ou situação de urgência da criança. A perceção de vulnerabilidade da criança, associada ao medo de agravamento do seu estado de saúde, pode desencadear sentimentos intensos de stress, preocupação e perda de controlo por parte dos cuidadores.

De acordo com Parent e Whalen (2015), o ambiente da urgência pediátrica pode constituir uma experiência altamente stressante para os pais, sobretudo quando estes enfrentam incerteza relativamente ao diagnóstico, tempos de espera prolongados ou dificuldades na compreensão do funcionamento do serviço e dos critérios de prioridade clínica estabelecidos pelos sistemas de triagem.

Nestes contextos, a frustração e a ansiedade podem manifestar-se através de comportamentos de contestação, irritabilidade ou agressividade dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, que constituem frequentemente o primeiro ponto de contacto com as famílias e mantêm uma presença constante ao longo da prestação de cuidados. Embora estes comportamentos nem sempre tenham uma intenção deliberada de agressão, podem gerar situações de conflito e tensão que afetam o ambiente terapêutico e a relação entre profissionais e famílias.

A evidência científica destaca que a comunicação eficaz e a disponibilização de informação clara e empática constituem fatores fundamentais para reduzir a ansiedade parental e prevenir a escalada de comportamentos agressivos em contexto de urgência pediátrica (Coyne et al., 2016).

2.3-IMPACTO DA AGRESSIVIDADE NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

A exposição frequente a comportamentos agressivos no local de trabalho pode ter consequências significativas para o bem-estar psicológico e profissional dos enfermeiros. A literatura refere que a violência e agressividade em contexto clínico estão associadas a níveis elevados de stress ocupacional, exaustão emocional, diminuição da satisfação profissional e aumento do risco de burnout (Lanctôt & Guay, 2014).

Para além do impacto individual nos profissionais, estas situações podem comprometer a qualidade do ambiente de trabalho, afetando a dinâmica da equipa e a prestação de cuidados. Episódios de agressividade podem gerar sentimentos de insegurança, frustração e desgaste emocional, influenciando a relação terapêutica estabelecida com os utentes e suas famílias.

Neste sentido, torna-se essencial desenvolver estratégias institucionais e formativas que permitam apoiar os profissionais na prevenção e gestão de situações de conflito, promovendo ambientes de trabalho mais seguros e favoráveis à prestação de cuidados de qualidade.

2.4-COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA E ESTRATÉGIAS DE DESESCALADA

A comunicação terapêutica constitui uma competência fundamental na prática de enfermagem, particularmente em contextos assistenciais caracterizados por elevada carga emocional, como os serviços de urgência pediátrica. A capacidade de escutar ativamente, validar emoções e transmitir informação clara e adequada pode contribuir significativamente para reduzir a ansiedade dos pais e prevenir situações de tensão ou conflito.

As estratégias de desescalada verbal são amplamente reconhecidas como intervenções eficazes na gestão de comportamentos agressivos em contexto de saúde. Estas estratégias incluem técnicas como a escuta ativa, a comunicação empática, a validação emocional e a utilização de linguagem clara e não confrontacional, com o objetivo de reduzir a intensidade emocional da situação e promover um clima de cooperação (Price & Baker, 2012).

O desenvolvimento destas competências permite aos profissionais reconhecer sinais precoces de escalada de conflito e intervir de forma preventiva, evitando a progressão para comportamentos mais agressivos e contribuindo para a manutenção de um ambiente assistencial terapêutico.

3-FORMAÇÃO DE PARES EM CONTEXTO CLÍNICO

A formação entre pares constitui uma estratégia relevante de desenvolvimento profissional em contexto clínico, baseada na partilha de experiências, conhecimentos e práticas entre profissionais que partilham o mesmo contexto de trabalho. Este tipo de abordagem formativa valoriza o conhecimento prático adquirido no exercício da profissão e promove a reflexão crítica sobre a prática assistencial.

A aprendizagem entre pares favorece a construção coletiva de conhecimento, permitindo que os profissionais desenvolvam soluções adaptadas às realidades específicas do seu contexto de trabalho. Em ambientes complexos como os serviços de urgência, a formação entre pares pode contribuir para o fortalecimento da coesão da equipa, para a melhoria das competências profissionais e para a promoção de práticas de cuidados mais seguras e eficazes.

3.1-PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA CAPACITAÇÃO DA EQUIPA

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados à criança e à família. Para além da prestação de cuidados especializados, este profissional assume também responsabilidades no domínio da formação, supervisão e desenvolvimento profissional das equipas de saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista possui competências avançadas que incluem a dinamização de processos de formação em contexto clínico, a promoção da reflexão sobre a prática e a implementação de estratégias que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste sentido, a promoção de iniciativas formativas dirigidas à equipa de enfermagem, como a formação entre pares sobre estratégias de gestão da agressividade parental, constitui uma oportunidade para reforçar competências profissionais, melhorar a comunicação com as famílias e promover ambientes de cuidados mais seguros, humanizados e centrados na criança e na família.

3.2-PLANEAMENTO DE SESSÃO FORMATIVA

Com o objetivo de assegurar uma intervenção formativa estruturada, intencional e metodologicamente coerente, procedeu-se à elaboração de um plano de sessão pormenorizado, concebido como instrumento orientador das diferentes fases de planeamento, implementação e avaliação da atividade formativa. A utilização deste plano permite sistematizar os objetivos da formação, definir a população-alvo, selecionar os recursos adequados, delinear as metodologias pedagógicas e estabelecer critérios de avaliação consistentes com a intervenção proposta.

A estruturação do plano da sessão revela-se fundamental para garantir a articulação entre as necessidades identificadas no contexto do serviço de urgência pediátrica e os objetivos da intervenção formativa, assegurando uma abordagem organizada, clara e adaptada à realidade assistencial da equipa de enfermagem. Neste contexto, a identificação de situações de agressividade parental dirigidas aos profissionais de saúde, bem como o impacto destas situações no ambiente de trabalho e na prestação de cuidados, evidenciou a pertinência de desenvolver estratégias de capacitação da equipa de enfermagem nesta área.

Assim, o plano da sessão formativa intitulada “Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica” constitui uma ferramenta orientadora da prática pedagógica, promovendo o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais nos enfermeiros, com vista à prevenção e gestão de situações de conflito com pais ou cuidadores. A implementação desta intervenção pretende contribuir para a promoção de um ambiente assistencial mais seguro, humanizado e centrado na criança e na família, reforçando simultaneamente o bem-estar e a segurança dos profissionais de saúde.

3.3-OBJETIVOS DA SESSÃO

O objetivo geral da sessão formativa consiste em capacitar os enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica para a identificação, prevenção e gestão de situações de agressividade parental, através da utilização de estratégias de comunicação terapêutica e de desescalada de conflito.

De forma específica, pretende-se que os participantes sejam capazes de:

- identificar fatores que podem desencadear situações de agressividade parental no contexto da urgência pediátrica;
- reconhecer sinais precoces de tensão ou escalada de conflito por parte dos pais ou cuidadores;
- compreender o impacto do stress e da ansiedade parental na interação com os profissionais de saúde;
- aplicar estratégias de comunicação terapêutica que promovam a escuta ativa, a empatia e a validação emocional;
- utilizar técnicas de desescalada verbal para prevenir ou reduzir situações de conflito;
- refletir sobre estratégias de atuação profissional que promovam um ambiente assistencial seguro e centrado na criança e na família.

3.4- POPULAÇÃO-ALVO

A sessão formativa será dirigida à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital da região do Grande Porto. A seleção desta população-alvo fundamenta-se na exposição frequente destes profissionais a situações de tensão e agressividade por parte de pais ou cuidadores, decorrentes do contexto assistencial específico da urgência pediátrica.

Dada a natureza do trabalho desenvolvido neste serviço, os enfermeiros mantêm um contacto direto e contínuo com as famílias ao longo do processo assistencial, desempenhando um papel central na comunicação, no acolhimento e no acompanhamento da criança e dos seus cuidadores. Neste sentido, torna-se pertinente promover a capacitação da equipa de enfermagem no desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais que permitam prevenir e gerir situações de agressividade parental, contribuindo para a promoção de um ambiente de cuidados seguro e terapêutico.

3.5- RECURSOS

3.5.1- RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos envolvidos na concretização da sessão formativa incluem a enfermeira estagiária do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, responsável pela planificação, dinamização e avaliação da sessão, sob orientação de uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do serviço.

A participação do enfermeiro especialista assume particular relevância no processo formativo, na medida em que este profissional detém competências avançadas no domínio da prática clínica especializada, da supervisão e da formação em contexto clínico. Neste sentido, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na promoção do desenvolvimento profissional da equipa, na partilha de conhecimento especializado e na implementação de estratégias que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

3.5.2- RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS

A sessão formativa decorrerá numa sala de formação do serviço ou numa sala de reuniões do hospital, previamente preparada para o efeito, garantindo condições adequadas de conforto, visibilidade e participação dos profissionais.

Para a apresentação dos conteúdos serão utilizados recursos tecnológicos e pedagógicos diversificados, nomeadamente computador portátil, projetor multimédia e apresentação em PowerPoint, que permitirá estruturar os conteúdos teóricos da sessão de forma clara e organizada.

Adicionalmente, recorrer-se-á à utilização de questionários de avaliação em formato digital, acessíveis através de Quick Response Code (QR code), permitindo recolher de forma rápida e prática o feedback dos participantes relativamente à sessão formativa, bem como avaliar os conhecimentos adquiridos.

3.6-METODOLOGIA

A metodologia adotada assentará numa abordagem expositiva e participativa, procurando promover momentos de aprendizagem ativa, reflexão crítica e partilha de experiências entre os participantes ao longo da sessão formativa. Esta opção metodológica revela-se particularmente adequada em contexto de formação de pares, uma vez que permite valorizar o conhecimento e a experiência dos profissionais, favorecendo a discussão de situações reais vivenciadas na prática clínica.

A sessão terá início com a aplicação de um questionário diagnóstico, em formato digital através de Quick Response Code (QR code), com o objetivo de avaliar os conhecimentos prévios dos participantes relativamente à agressividade parental no contexto da urgência pediátrica, bem como às estratégias de comunicação e gestão de conflito utilizadas na prática profissional.

Seguir-se-á a apresentação dos conteúdos teóricos, apoiada por uma apresentação em PowerPoint, que abordará os principais conceitos relacionados com a agressividade dirigida aos profissionais de saúde, os fatores que podem desencadear comportamentos agressivos por parte dos pais ou cuidadores e as estratégias de comunicação terapêutica e de desescalada verbal aplicáveis no contexto do Serviço de Urgência Pediátrica.

Durante a sessão serão igualmente apresentados exemplos de situações clínicas e pequenos cenários ilustrativos, com o objetivo de estimular a reflexão e a discussão entre os participantes acerca de estratégias de atuação profissional em situações de tensão ou conflito com pais ou cuidadores. Esta abordagem permitirá promover a partilha de experiências e o desenvolvimento de estratégias adaptadas à realidade assistencial do serviço.

No final da sessão será aplicado um novo questionário de avaliação de conhecimentos, igualmente em formato digital através de QR code, com o intuito de avaliar os conhecimentos adquiridos pelos participantes ao longo da formação. A sessão terminará com um momento de discussão e esclarecimento de dúvidas, promovendo a consolidação das aprendizagens e incentivando a reflexão sobre a aplicabilidade das estratégias abordadas na prática clínica diária.

3.7- AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação constitui uma componente fundamental do processo formativo, permitindo analisar o grau de concretização dos objetivos definidos e refletir sobre a adequação das estratégias pedagógicas utilizadas durante a sessão.

A avaliação formativa decorrerá ao longo da sessão através da observação direta da participação, do interesse e do envolvimento dos enfermeiros nas atividades propostas, nomeadamente nos momentos de discussão e partilha de experiências. Esta forma de avaliação permitirá identificar o nível de compreensão dos conteúdos apresentados e ajustar a abordagem pedagógica sempre que necessário.

Paralelamente, será realizada uma avaliação sumativa no final da sessão, mediante a aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos, em formato digital através de QR code. Este instrumento permitirá analisar os ganhos de aprendizagem decorrentes da intervenção formativa, comparando os resultados obtidos com o questionário diagnóstico aplicado no início da sessão.

Adicionalmente, será disponibilizado aos participantes um questionário de avaliação da satisfação relativamente à sessão formativa, com o objetivo de recolher a perceção dos enfermeiros sobre a pertinência do tema, a clareza dos conteúdos apresentados, a adequação das metodologias utilizadas e a utilidade da formação para a prática clínica.

Os resultados obtidos através dos diferentes instrumentos de avaliação constituirão um contributo relevante para a reflexão crítica sobre a intervenção formativa desenvolvida, permitindo identificar aspetos a melhorar e eventuais necessidades formativas futuras no âmbito da comunicação terapêutica e da gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica.

4-CONCLUSÃO

A agressividade dirigida aos profissionais de saúde constitui um fenómeno cada vez mais reconhecido nos contextos assistenciais, assumindo particular relevância nos serviços de urgência, onde a elevada pressão assistencial, a imprevisibilidade das situações clínicas e a carga emocional associada à doença podem favorecer o surgimento de comportamentos de tensão ou hostilidade por parte dos utentes e seus familiares. No contexto da urgência pediátrica, estes comportamentos encontram-se frequentemente associados ao stress e à ansiedade dos pais perante a vulnerabilidade da criança, podendo comprometer o ambiente terapêutico, a relação entre profissionais e famílias e o bem-estar da equipa de enfermagem.

A identificação desta problemática durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica evidenciou a necessidade de promover estratégias de capacitação da equipa de enfermagem no domínio da comunicação terapêutica e da gestão de situações de conflito com pais ou cuidadores. Neste sentido, o presente trabalho propôs o planeamento de uma sessão formativa dirigida aos enfermeiros do serviço, com o objetivo de desenvolver competências na identificação precoce de sinais de tensão, na prevenção da escalada de comportamentos agressivos e na aplicação de estratégias de comunicação e desescalada adequadas ao contexto assistencial.

O planeamento da sessão formativa “Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica” assenta em pressupostos pedagógicos que privilegiam a aprendizagem ativa, a reflexão sobre a prática clínica e a partilha de experiências entre profissionais. A evidência científica demonstra que a formação dos profissionais de saúde em competências comunicacionais e em estratégias de gestão de conflito pode contribuir para melhorar a interação com os utentes e familiares, reduzir situações de tensão e promover ambientes assistenciais mais seguros e humanizados.

Neste processo, destaca-se o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, enquanto agente promotor da qualidade e segurança dos cuidados, bem como dinamizador de processos formativos em contexto clínico. A sua atuação inclui não apenas a prestação de cuidados especializados à criança e à família, mas também a capacitação das equipas de saúde, a promoção da reflexão sobre a prática profissional e a implementação de estratégias que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados, em consonância com as orientações da Ordem dos Enfermeiros.

Prevê-se que a implementação desta sessão formativa venha a contribuir para o reforço das competências comunicacionais da equipa de enfermagem, para a melhoria da gestão de situações de agressividade parental e para a promoção de um ambiente de cuidados mais seguro, colaborativo e centrado na criança e na família. Contudo, reconhece-se que intervenções formativas pontuais devem ser complementadas por estratégias institucionais mais amplas, incluindo a promoção de formação contínua, o desenvolvimento de protocolos de atuação e a implementação de políticas organizacionais de prevenção da violência contra profissionais de saúde.

Em síntese, o presente trabalho evidencia a relevância da formação entre pares como estratégia de desenvolvimento profissional em contexto clínico, reforçando o contributo do enfermeiro especialista na capacitação das equipas e na promoção de práticas de cuidado seguras e humanizadas. A valorização da comunicação terapêutica e da gestão adequada de situações de conflito emerge, assim, como um elemento fundamental para fortalecer a relação entre profissionais e famílias, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados à criança em contexto de urgência pediátrica.

BIBLIOGRAFIA

- 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*, 20(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Violência contra profissionais de saúde: Guia de prevenção e intervenção*. Direção-Geral da Saúde.
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Parent, J., & Whalen, M. (2015). The role of parents in pediatric emergency care: Stress, anxiety and communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(3), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.12.012>
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 374(17), 1661–1669. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1501998>
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 310–319. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>
- Speroni, K. G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L., & Atherton, M. (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3), 218–228. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.05.014>

- World Health Organization. (2020). *Violence and harassment in the health sector*. World Health Organization.

APÊNDICES

APÊNDICE I -PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Sessão: “Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica”

Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
5 min	Acolhimento dos participantes e apresentação da sessão (objetivos e enquadramento da formação)	Exposição dialogada	Computador, projetor multimédia, apresentação PowerPoint	Observação da participação
5 min	Avaliação diagnóstica dos conhecimentos prévios sobre agressividade parental em contexto de urgência pediátrica	Questionário diagnóstico	Questionário digital (QR code), telemóvel/computador	Resultados do questionário
20 min	Exposição dos conteúdos: -Agressividade contra profissionais de saúde: enquadramento do problema e impacto nos profissionais de enfermagem -Agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica: fatores desencadeadores e	Exposição dialogada com discussão e análise de exemplos práticos	Apresentação PowerPoint, exemplos de situações clínicas	Participação e interação dos participantes

	características do contexto -Comunicação terapêutica e estratégias de desescalada verbal na interação com pais em situação de stress			
5 min	Discussão de situações vivenciadas pelos participantes no contexto do serviço	Discussão em grupo	Situações clínicas exemplificativas	Discussão e partilha de experiências
5min	Avaliação final dos conhecimentos adquiridos e da satisfação dos participantes e esclarecimento de dúvidas	Questionário final e de satisfação e discussão final	Questionário digital (QR code)	Resultados do questionário e feedback dos participantes

Duração total da sessão: aproximadamente 40-50 minutos

APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO

Formação: Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica

Objetivo: Avaliar os conhecimentos prévios dos enfermeiros relativamente à agressividade parental e às estratégias de comunicação em contexto de urgência pediátrica.

Tipo de resposta: Escolha múltipla

1. A agressividade dirigida a profissionais de saúde ocorre com maior frequência em que contexto assistencial?

- a) Consulta programada
- b) Cuidados de saúde primários
- c) Serviços de urgência
- d) Cuidados domiciliários

2. Qual dos seguintes fatores pode contribuir para situações de agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica?

- a) Ansiedade e medo relacionados com o estado de saúde da criança
- b) Tempos de espera prolongados
- c) Falta de compreensão do sistema de triagem
- d) Todas as anteriores

3. Qual das seguintes estratégias é considerada adequada para prevenir a escalada de comportamentos agressivos?

- a) Interromper o familiar enquanto este fala
- b) Utilizar comunicação empática e escuta ativa
- c) Evitar responder às preocupações dos pais
- d) Utilizar linguagem técnica complexa

4. Qual dos seguintes comportamentos corresponde a uma estratégia de desescalada verbal?

- a) Confrontar diretamente o familiar com o seu comportamento
- b) Validar as emoções do familiar e manter uma postura calma
- c) Ignorar o comportamento agressivo
- d) Responder de forma defensiva

5. Na sua prática profissional, já experienciou situações de agressividade por parte de pais ou cuidadores?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Algumas vezes
- d) Frequentemente

APÊNDICE III: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Objetivo: Avaliar os conhecimentos adquiridos e a percepção dos participantes relativamente à utilidade da formação.

Tipo de resposta: Escala de Likert

Parte I – Avaliação de conhecimentos

1. Após a formação, sinto-me mais capaz de identificar sinais de tensão ou agressividade por parte dos pais/cuidadores.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

2. A formação contribuiu para melhorar o meu conhecimento sobre estratégias de comunicação terapêutica com pais em situação de stress.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

3. Considero que as estratégias de desescalada apresentadas são aplicáveis na prática clínica do Serviço de Urgência Pediátrica.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Parte II – Avaliação da sessão

4. O tema da formação foi relevante para a minha prática profissional.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

5. A metodologia utilizada na sessão (exposição, discussão, exemplos práticos) facilitou a aprendizagem.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

6. A duração da sessão foi adequada.

- Muito curta
- Adequada
- Demasiado longa

7. Recomendaria esta formação a outros colegas?

- Sim
- Não

APÊNDICE IV- FORMAÇÃO POWERPOINT

Estratégias de prevenção e gestão da agressividade parental no Serviço de Urgência Pediátrica

Joana Gisela Martins da Silva Cunha
Alunade Mestradoem Enfermagem- ESIP
Universidade Católica Portuguesa

março de 2026

Objetivos da sessão



Scan Me

Objetivo geral:

Capacitar os enfermeiros para a identificação e gestão de situações de agressividade parental.

Objetivos específicos:

- identificar fatores desencadeadores
- reconhecer sinais precoces de tensão
- aplicar comunicação terapêutica
- utilizar estratégias de desescalada
- conhecer procedimentos de segurança

Porque falar deste tema?

A agressividade contra profissionais de saúde:

- ocorre frequentemente em serviços de urgência
- afeta particularmente os enfermeiros
- pode comprometer o ambiente terapêutico
- influencia o bem-estar da equipa

Contexto da urgência pediátrica

Características do SU pediátrico:

- elevada pressão assistencial
- imprevisibilidade das situações clínicas
- tempos de espera variáveis
- forte carga emocional associada à doença da criança



Porque surge agressividade parental?

Pode estar associada a:

- ansiedade e medo relacionados com o estado da criança
- frustração perante tempos de espera
- falta de compreensão da triagem
- sensação de perda de controlo da situação

Reconhecer sinais precoces



Alguns sinais podem indicar aumento de tensão:

- tom de voz elevado
- discurso acelerado
- postura corporal tensa
- gestos bruscos
- expressão de frustração

Impacto nos profissionais

A exposição frequente à agressividade pode provocar:

- stress ocupacional
- desgaste emocional
- diminuição da satisfação profissional
- risco de burnout



42%
Burnout



Comunicação terapêutica

A comunicação terapêutica permite:

- reduzir ansiedade parental
- promover confiança
- prevenir conflitos

Estratégias importantes:

- escuta ativa
- empatia
- validação emocional
- linguagem clara

O que NÃO devemos fazer

Evitar comportamentos que possam escalar o conflito:

- ✗ responder de forma defensiva
- ✗ interromper ou desvalorizar preocupações
- ✗ utilizar linguagem técnica incompreensível
- ✗ elevar o tom de voz
- ✗ ignorar sinais de tensão

Quando a comunicação não é suficiente

Nem todas as situações são resolvidas apenas com comunicação.

Sinais de escalada:

- ameaças verbais
- comportamento intimidatório
- aproximação agressiva
- recusa em acalmar



Estratégias de desescalada

Perante situações de tensão:

- manter postura calma e profissional
- ouvir sem interromper
- validar emoções dos pais
- explicar o processo assistencial
- evitar confronto direto

Procedimentos de segurança

Quando a situação foge ao controlo:

- manter distância física segura
- evitar confronto direto
- solicitar apoio da equipa
- informar chefia ou médico responsável
- acionar segurança hospitalar se necessário



Caso clínico para discussão

Mãe dirige-se ao balcão de enfermagem irritada:

“Estamos aqui à duas horas e ninguém faz nada. Estão todos a passar à minha frente. A minha filha está cheia de dores e ninguém quer saber. Tratam as crianças como animais.”

Perante esta situação:

- ✓ manter postura calma
- ✓ escutar sem interromper
- ✓ validar emoções
- ✓ explicar o processo de triagem
- ✓ fornecer informação clara



Conclusão

- A agressividade parental é uma realidade no SU pediátrico
- A ansiedade dos pais pode intensificar situações de tensão.
- A comunicação terapêutica é essencial na gestão destas situações.
- Pequenas estratégias podem prevenir conflitos.

Discussão

Obrigada



APÊNDICE II- Revisão Integrativa da Literatura - "Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais"



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Revisão Integrativa da Literatura

“Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: revisão integrativa da literatura”

Estudante: Joana Cunha

Sob orientação de: Professora Doutora Constança Festas

Porto, março de 2026

Resumo

Título: *“Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: revisão integrativa da literatura”*

Autores: Joana Gisela Martins da Silva Cunha (1), Constança Festas (2,3)

(1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante de Mestrado em Enfermagem

(2) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto)

(3) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Introdução: O internamento de um recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) constitui uma experiência potencialmente traumática para os pais, frequentemente associada a elevados níveis de stress, ansiedade e comprometimento do papel parental. A separação precoce, a incerteza clínica e o ambiente altamente tecnológico podem dificultar a adaptação à parentalidade. Neste contexto, os enfermeiros das UCIN assumem um papel determinante na implementação de intervenções que promovam a adaptação parental e minimizem o impacto psicológico da hospitalização.

Objetivos: Identificar intervenções de enfermagem utilizadas na redução do stress e da ansiedade parental durante o internamento do recém-nascido na UCIN e caracterizar aquelas que demonstram maior eficácia.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura de acordo com o referencial metodológico do Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa bibliográfica foi conduzida entre janeiro e fevereiro de 2026 nas bases de dados PubMed, CINAHL e Web of Science, utilizando descritores MeSH e DeCS combinados com operadores booleanos. Foram incluídos estudos primários publicados em português ou inglês, publicados nos últimos 5 anos (2021-2026) que abordassem intervenções de enfermagem dirigidas a pais de recém-

nascidos internados em UCIN. A qualidade metodológica foi avaliada através das checklists de avaliação crítica do JBI e os dados foram sintetizados por análise narrativa.

Resultados: A pesquisa inicial identificou 186 artigos. Após remoção de duplicados e triagem por título e resumo, foram selecionados 11 estudos para análise, com diferentes desenhos metodológicos, incluindo ensaios clínicos randomizados, estudos quase-experimentais, qualitativos e estudos pré-pós intervenção.

A análise da evidência permitiu responder ao primeiro objetivo da revisão, identificando seis categorias principais de intervenções de enfermagem dirigidas à redução do stress e da ansiedade parental durante o internamento em UCIN: programas de empoderamento parental (n=4), intervenções educativas estruturadas (n=3), modelos de cuidados centrados na família com participação parental (n=3), suporte familiar direcionado (n=1), tecnologias de aproximação parental, como sistemas de visualização remota do recém-nascido (n=1), e suporte emocional e informacional prestado pelos enfermeiros (n=2), sendo que alguns estudos se incluíram em mais de uma categoria.

Relativamente ao segundo objetivo, verificou-se que os programas de empoderamento parental demonstraram redução consistente do stress parental e aumento da competência parental. As intervenções educativas estruturadas evidenciaram diminuição da ansiedade e maior autoeficácia parental. Os modelos de cuidados centrados na família promoveram a integração dos pais nos cuidados e na tomada de decisão, contribuindo para a redução do stress e melhoria da comunicação com a equipa de saúde. Outras intervenções, como o suporte familiar direcionado, o recurso a tecnologias de aproximação parental e o apoio emocional e informacional prestado pelos enfermeiros, também demonstraram impacto positivo no bem-estar parental.

De forma global, a síntese da evidência indica que as intervenções que promovem maior envolvimento e participação parental apresentam o impacto mais consistente na redução do stress e da ansiedade durante o internamento em UCIN.

Conclusão: A eficácia das intervenções de enfermagem relaciona-se com o grau de participação parental promovido. Estratégias que integrem os pais como parceiros ativos no cuidado ao recém-nascido devem constituir uma prioridade na prática de enfermagem na UCIN, contribuindo para a humanização dos cuidados e para melhores resultados familiares e neonatais.

Palavras-chave: UCIN; stress parental; ansiedade parental; enfermagem neonatal; cuidados centrados na família; empoderamento parental.

Abstract:

Title: *Reduction of Parental Stress and Anxiety in the Neonatal Intensive Care Unit: An Integrative Literature Review*

Authors: Joana Gisela Martins da Silva Cunha (1), Constança Festas (2,3)

(1) Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), Master's Student in Nursing

(2) Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto)

(3) Universidade Católica Portuguesa, Interdisciplinary Health Research Center

Introduction:

The hospitalization of a newborn in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) constitutes a potentially traumatic experience for parents, often associated with high levels of stress, anxiety, and disruption of the parental role. Early separation, clinical uncertainty, and the highly technological environment may hinder adaptation to parenthood. In this context, NICU nurses play a key role in implementing interventions that promote parental adaptation and minimize the psychological impact of hospitalization.

Objectives:

To identify nursing interventions used to reduce parental stress and anxiety during the hospitalization of newborns in the NICU and to characterize those that demonstrate greater effectiveness.

Methodology:

An integrative literature review was conducted in accordance with the methodological framework of the Joanna Briggs Institute (JBI). The literature search was carried out between January and February 2026 in the PubMed, CINAHL, and Web of Science databases, using MeSH and DeCS descriptors combined with Boolean operators. Primary studies published in Portuguese or English within the last five years (2021–2026) addressing nursing interventions directed at parents of newborns hospitalized in the NICU were included. Methodological quality was assessed using the JBI critical appraisal checklists, and data were synthesized through narrative analysis.

Results:

The initial search identified 186 articles. After removing duplicates and screening titles and

abstracts, 11 studies were selected for analysis, with different methodological designs, including randomized clinical trials, quasi-experimental studies, qualitative studies, and pre-post intervention studies.

The analysis of the evidence addressed the first objective of the review by identifying six main categories of nursing interventions aimed at reducing parental stress and anxiety during NICU hospitalization: parental empowerment programs (n=4), structured educational interventions (n=3), family-centered care models with parental participation (n=3), targeted family support (n=1), parental proximity technologies such as remote newborn viewing systems (n=1), and emotional and informational support provided by nurses (n=2), with some studies included in more than one category.

Regarding the second objective, parental empowerment programs demonstrated a consistent reduction in parental stress and an increase in parental competence. Structured educational interventions showed a decrease in anxiety and greater parental self-efficacy. Family-centered care models promoted parental integration into care and decision-making processes, contributing to stress reduction and improved communication with the healthcare team. Other interventions, such as targeted family support, the use of parental proximity technologies, and emotional and informational support provided by nurses, also demonstrated a positive impact on parental well-being.

Overall, the synthesis of the evidence indicates that interventions promoting greater parental involvement and participation have the most consistent impact on reducing stress and anxiety during NICU hospitalization.

Conclusion:

The effectiveness of nursing interventions is related to the level of parental participation promoted. Strategies that integrate parents as active partners in the care of their newborn should be a priority in NICU nursing practice, contributing to the humanization of care and to improved family and neonatal outcomes.

Keywords: NICU; parental stress; parental anxiety; neonatal nursing; family-centered care; parental empowerment.

Introdução

O internamento de um recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) representa frequentemente uma experiência inesperada e emocionalmente exigente para os pais. O ambiente altamente tecnológico, a presença de equipamentos médicos, a fragilidade clínica do recém-nascido e a incerteza relativamente à evolução da sua condição de saúde podem gerar sentimentos intensos de medo, ansiedade e stress parental (Kubicka et al., 2021; Yilmaz & Küçük Alemdar, 2022). Para muitas famílias, esta situação constitui uma experiência potencialmente traumática, marcada por preocupações constantes com o estado de saúde do bebé e dificuldades de adaptação ao contexto hospitalar.

A hospitalização do recém-nascido pode também interferir com o processo de adaptação à parentalidade. A separação entre pais e filho, a limitação do contacto físico e a dificuldade em assumir plenamente o papel de cuidador podem provocar sentimentos de impotência e perda de controlo (Åberg Petersson et al., 2021). Estas circunstâncias podem comprometer o desenvolvimento do vínculo afetivo e afetar o bem-estar psicológico dos pais durante o período de internamento (Shirazi et al., 2022). Adicionalmente, a necessidade de compreender informação clínica complexa e de lidar com a incerteza quanto ao prognóstico do recém-nascido pode contribuir para níveis elevados de ansiedade e sofrimento emocional (Liu et al., 2022).

Neste contexto, os profissionais de enfermagem assumem um papel central no apoio às famílias durante o internamento neonatal. A proximidade dos enfermeiros com os pais e com o recém-nascido coloca-os numa posição privilegiada para identificar necessidades emocionais, fornecer informação adequada e promover estratégias de suporte que favoreçam a adaptação parental. A implementação de intervenções de enfermagem dirigidas ao apoio emocional, à educação parental e à promoção do envolvimento dos pais nos cuidados tem sido apontada como uma abordagem relevante para reduzir o stress e a ansiedade associados ao internamento neonatal (Saleh et al., 2025; Amiri Doomari et al., 2025).

Apesar do reconhecimento crescente da importância do apoio parental em contexto de UCIN, a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem utilizadas para reduzir o stress e a ansiedade parental encontra-se dispersa na literatura. Os estudos existentes apresentam diferentes abordagens, estratégias de intervenção e resultados avaliados, o que dificulta a identificação clara das intervenções mais eficazes no apoio às famílias.

Neste sentido, torna-se pertinente reunir e analisar de forma sistemática o conhecimento científico disponível sobre esta temática. A realização de uma revisão integrativa da literatura permite sintetizar a evidência existente, identificar intervenções de enfermagem utilizadas na redução do stress e da ansiedade parental e compreender quais demonstram maior eficácia neste contexto.

Metodologia

Tipo de estudo e objetivo

O presente trabalho corresponde a uma revisão integrativa da literatura, conduzida de acordo com as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões de evidência em saúde.

Esta abordagem permite sintetizar resultados de diferentes desenhos metodológicos (quantitativos e qualitativos), possibilitando uma compreensão abrangente das intervenções de enfermagem dirigidas à redução do stress e ansiedade parental em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Foram definidos como objetivos desta revisão:

- Identificar intervenções de enfermagem utilizadas na redução do stress e da ansiedade parental durante o internamento do recém-nascido na UCIN e caracterizar aquelas que demonstram maior eficácia.

Questão de investigação:

Para conseguir concretizar o objetivo foi utilizada a estratégia PICO para identificar a Questão de investigação que vai nortear esta pesquisa.

P(Population):	Pais de recém-nascidos internados na UCIN
I (Intervention):	Intervenções de enfermagem mais eficazes para redução do stress e ansiedade parental
Co (Context):	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

Foi então formulada a seguinte questão de investigação:

“Quais são as intervenções de enfermagem mais eficazes para diminuir o stress e a ansiedade parental durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?”

Estratégia de pesquisa:

O protocolo metodológico da presente revisão integrativa foi desenvolvido previamente ao início da pesquisa, contendo a definição da questão de investigação, critérios de elegibilidade, estratégia de pesquisa, processo de seleção, avaliação crítica e síntese dos dados, de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute.

A pesquisa foi realizada durante os meses de janeiro e fevereiro de 2026, uma vez que o tempo para a realização da revisão integrativa da literatura é limitado, optou-se pela pesquisa apenas em três bases de dados: PUBMED, CINAHL, WEB OF SCIENCE.

A estratégia de pesquisa combinou descritores controlados (MeSH/CINAHL Headings) e termos livres em título/resumo, agrupados por conceito (pais/família; recém-nascido; UCIN/NICU; intervenções de enfermagem; ansiedade), interligados com operadores booleanos (AND/OR). As expressões foram adaptadas à sintaxe específica de cada base de dados.

PUBMED	((("Parents"[Mesh] OR parent*[tiab] OR family[tiab]) AND ("Infant, Newborn"[Mesh] OR newborn*[tiab] OR neonat*[tiab]) AND ("Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh] OR NICU[tiab] OR "neonatal intensive care"[tiab] OR "neonatal intensive care unit*[tiab]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR nursing[tiab] OR "nursing intervention*[tiab] OR "nursing support"[tiab]) AND ("Anxiety"[Mesh] OR anxiety[tiab] OR stress[tiab] OR "parental anxiety"[tiab]))
CINAHL	((MH "Parents+" OR TI parent* OR AB parent* OR TI family OR AB family) AND (MH "Infant, Newborn+" OR TI newborn* OR AB newborn* OR TI neonat* OR AB neonat*) AND

	(MH "Intensive Care Units, Neonatal" OR TI NICU OR AB NICU OR TI "neonatal intensive care" OR AB "neonatal intensive care") AND (MH "Nursing Care+" OR TI nursing OR AB nursing OR TI "nursing intervention*" OR AB "nursing intervention*" OR TI "nursing support" OR AB "nursing support") AND (MH "Anxiety+" OR TI anxiety OR AB anxiety OR TI stress OR AB stress OR TI "parental anxiety" OR AB "parental anxiety"))
WEB OF SCIENCE	(parent* OR family) AND (newborn* OR neonat*) AND (NICU OR "neonatal intensive care") AND (nursing OR "nursing care" OR "nursing intervention*" OR "nursing support") AND (anxiety OR stress OR "parental anxiety")

Cr terios de inclusão:

Foram incluídos estudos que cumpriam os seguintes cr terios:

- Pais de recém-nascidos internados em UCIN/NICU
- Estudos que abordassem intervenções de enfermagem dirigidas aos pais
- Avaliação de ansiedade, stress ou sofrimento emocional parental
- Artigos publicados nos últimos 5 anos (2021-2026)
- Fontes primárias de investigação
- Artigos em inglês ou português
- Estudos realizados em humanos

Crêterios de exclusão:

Excluíram-se estudos que:

- Não incluam pais ou família de recém-nascidos
- Se centrem exclusivamente no recém-nascido, sem abordar ansiedade parental
- Não tenham como foco intervenções de enfermagem

- Avaliem apenas intervenções médicas, psicológicas ou farmacológicas, sem participação da enfermagem
- Sejam realizados fora do contexto de UCIN/NICU
- Não avaliem ansiedade, stress ou sofrimento emocional dos pais
- Estudos secundários: revisões sistemáticas, meta-análises, scoping reviews, editoriais, cartas ao editor
- Protocolos de estudo sem resultados
- Teses, dissertações, resumos de congressos (literatura cinzenta)
- Artigos não disponíveis em texto integral
- Artigos publicados fora do período definido (últimos 5 anos)
- Artigos em idiomas diferentes de inglês ou português

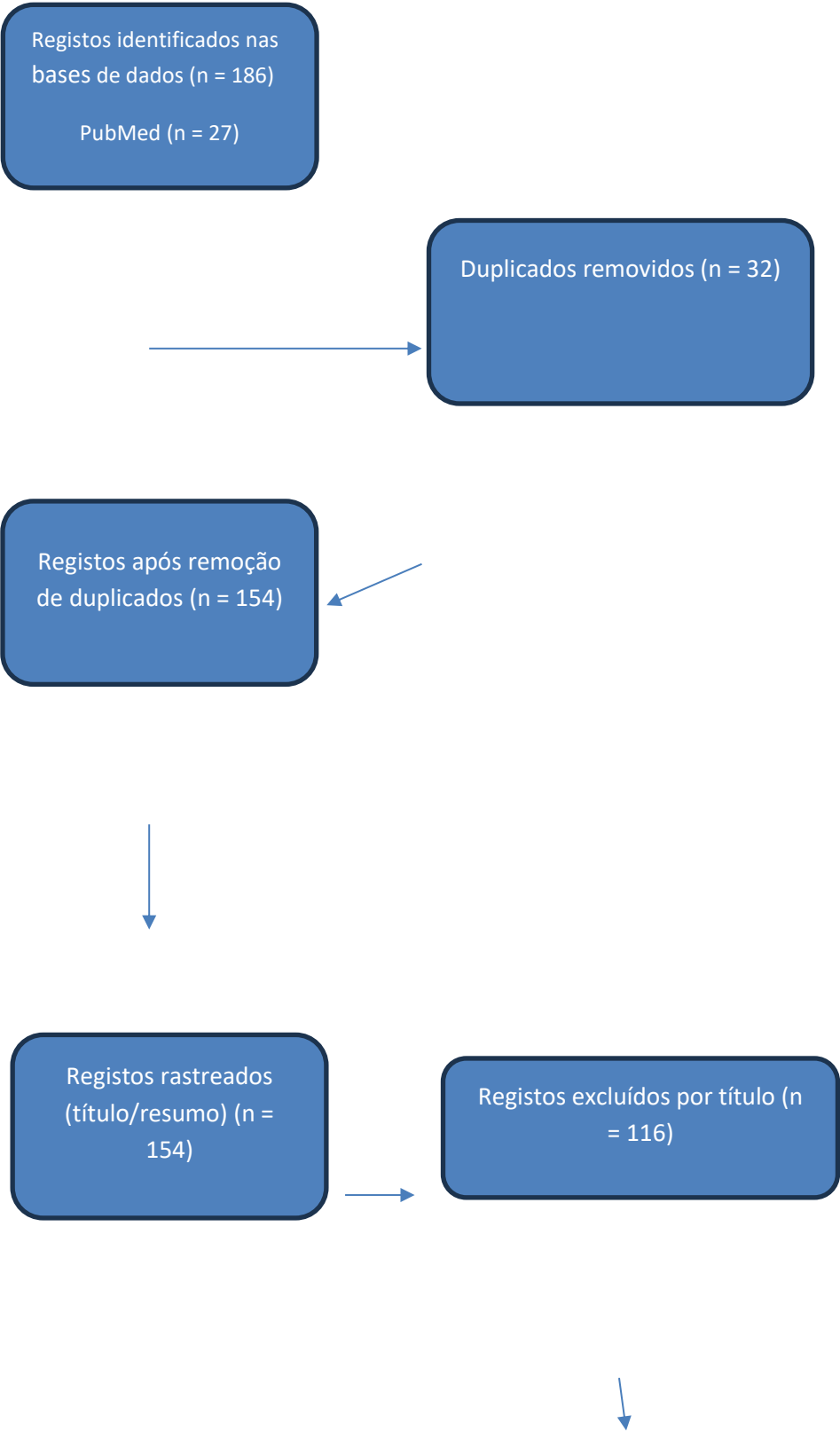
Processo de seleção dos artigos

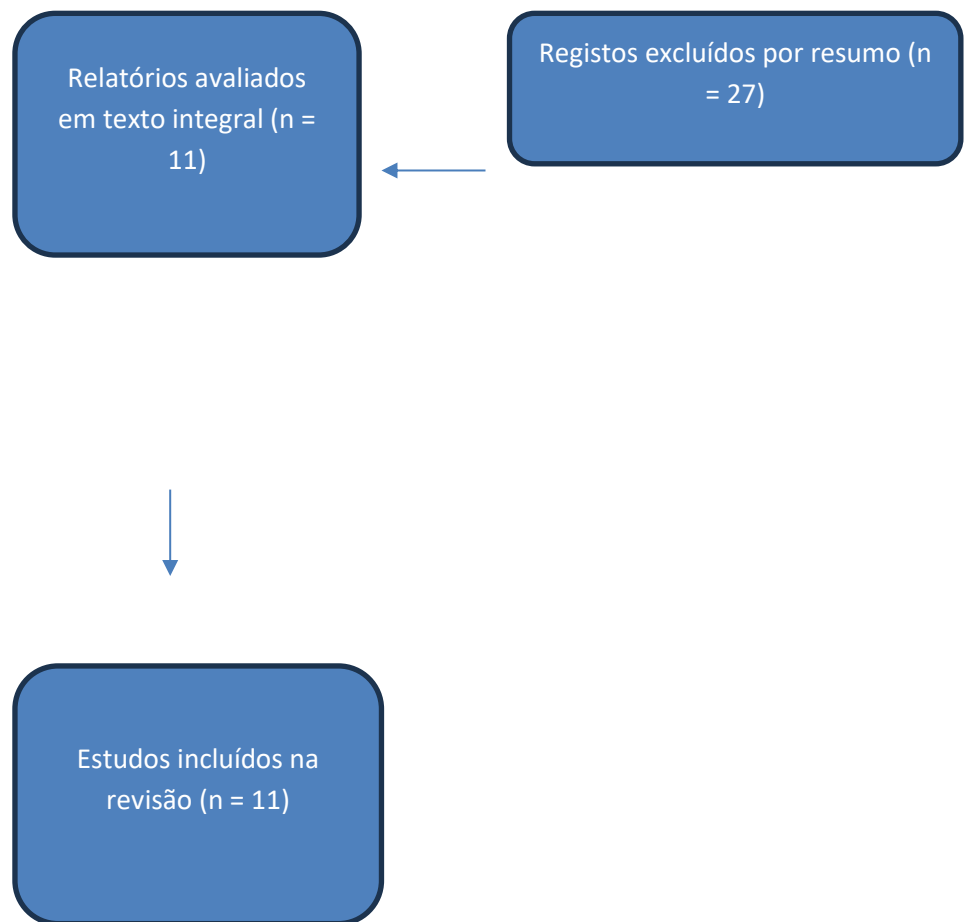
Os artigos encontrados nas bases de dados foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão e posteriormente exportados para o gestor bibliográfico Zotero para remoção de duplicados e seleção progressiva.

Base de dados	Nº artigos	Nº artigos após critérios de inclusão/Exclusão
PUBMED	192	27
CINAHL	280	52
WEB OF SCIENCE	821	107
Nº total de artigos	1293	186

O processo de seleção dos estudos foi apresentado sob a forma de diagrama Prisma

Diagrama Prisma





A avaliação crítica da qualidade metodológica foi realizada utilizando as checklists do Joanna Briggs Institute adequadas ao desenho de cada estudo incluído. A maioria dos estudos apresentou elevada qualidade metodológica, cumprindo mais de 80% dos critérios avaliados. Dois estudos demonstraram qualidade moderada devido a limitações relacionadas com ausência de cegamento, risco de viés de seleção e controlo insuficiente de variáveis de confundimento.

Globalmente, a evidência incluída apresenta robustez metodológica adequada para sustentar a síntese dos resultados.

Autor/Ano	Tipo de estudo	Checklist JBI	CrITÉrios cumpridos	Total	Qualidade
Åberg-Petersson 2025	Quase-experimental	JBI Quasi-experimental	7	9	Alta
Liu 2022	Quase-experimental	JBI Quasi-experimental	8	9	Alta
Saleh 2025	RCT	JBI RCT	11	13	Alta
Saugy 2025	Pré-pós (quasi)	JBI Quasi-experimental	7	9	Alta
Kubicka 2023	Qualitativo	JBI Qualitative	8	10	Alta
Åberg-Petersson 2021	Qualitativo	JBI Qualitative	9	10	Alta
Çaka 2025	RCT	JBI RCT	10	13	Alta
Amiri Doomari 2025	Quase-experimental	JBI Quasi-experimental	7	9	Alta
Shirazi 2023	Quase-experimental	JBI Quasi-experimental	6	9	Moderada
Yilmaz & Alemdar 2022	RCT	JBI RCT	11	13	Alta
Kubicka 2021	Coorte comparativo	JBI Cohort	8	11	Moderada

Extração e síntese de dados:

Após a seleção final dos estudos incluídos, procedeu-se à extração sistemática dos dados com recurso a uma grelha previamente construída de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões de literatura em saúde.

A utilização de uma matriz padronizada permitiu garantir consistência, transparência e reprodutibilidade no processo de análise.

Para cada estudo selecionado foram recolhidas as seguintes variáveis:

- Autor(es) e ano de publicação
- País de realização do estudo
- Desenho metodológico
- Características da amostra
- Tipo de intervenção de enfermagem implementada
- Instrumentos de avaliação utilizados
- Principais resultados obtidos

A recolha destas variáveis teve como objetivo caracterizar metodologicamente os estudos e possibilitar a comparação entre intervenções, permitindo identificar padrões de eficácia das intervenções de enfermagem na redução do stress e ansiedade parental durante o internamento na UCIN.

Tabela de Caracterização dos Estudos Incluídos

Autor(es) e ano de publicação	País	Desenho metodológico	Características da amostra	Tipo de intervenção de enfermagem	Instrumentos de avaliação utilizados	Principais resultados
Åberg-Petersson et al., 2025	Suécia	Quasi-experimental pré e pós	Famílias de RN internados	Family Health Conversations	Escala de bem-estar familiar e saúde mental	↑ bem-estar familiar e ↑ saúde mental parental
Liu et al., 2022	China	Quasi-experimental	150 RN prematuros e famílias	Family Participatory Nursing	Escala psicológica familiar e resultados clínicos neonatais	↓ ansiedade familiar, ↓ tempo de internamento, ↑ ganho ponderal neonatal
Saleh et al., 2025	Egito	Ensaio clínico randomizado (RCT)	60 mães de prematuros	Programa COPE (empowerment parental)	PSOC, PSS: NICU	↓ stress parental, ↑ competência parental, ↑ interação mãe-bebê
Kubicka et al., 2023	EUA	Caso-controlo (pré/pós)	País de RN internados em NICU (n=169;	Implementação de Family Integrated Care (FICare)	PSS:NICU; questionários de comunicação e	↓ stress parental após

		implementação) + inquéritos	pré=79; pós=90) e enfermeiros	modificada (participação parental + treino de competências + app educativa)	prontidão para alta; questionário a enfermeiros	FICare; maior participação associada a ↓ stress; app educativa associada a ↑ frequência/ qualidade da comunicação; percepções positivas da equipa de enfermagem
Saugy et al., 2025	Suíça	Estudo pré-pós (viabilidade)	Pais de RN internados em UCIN	Family-centred rounds	PSS, EMPATHIC-N	↓ stress parental e ↑ satisfação com cuidados
Åberg-Petersson et al., 2021	Suécia	Qualitativo (análise de conteúdo)	Pais de prematuros	Conversas familiares estruturadas	Entrevistas	↑ coping parental e ↑ adaptação à hospitalização
Çaka et al., 2025	Turquia	Ensaio clínico randomizado (RCT)	80 mães	Educação para cuidados ao recém-nascido com QR-code	PMP-SE, STAI	↑ autoeficácia materna e ↓ ansiedade pós-alta
Amiri Doomari et al., 2025	Irão	Quase-experimental com grupo de controlo	100 mães de recém-nascidos prematuros (50 intervenção / 50 controlo)	Programa educativo-suporte com estimulação multissensorial	STAI	↓ ansiedade materna significativa
Shirazi et al., 2023	Irão	Quase-experimental com grupo de controlo	75 pais	Treino do pai para suporte à mãe	Escala stress e autoeficácia	↓ stress materno
Yilmaz-Küçük & Alemdar, 2022	Turquia	Ensaio clínico randomizado (RCT)	85 mães	Intervenções educativas e suporte emocional	PSS: NICU, STAI, cortisol	↓ stress, ↓ ansiedade e ↓ cortisol
Kubicka et al., 2021	EUA	Observacional Prospectivo comparativo	Pais e enfermeiros	Câmaras de vigilância para ligação parental	Escalas de stress parental	↓ stress parental

Foram incluídos 11 estudos primários publicados entre 2021 e 2026, provenientes maioritariamente da Europa e Ásia.

Os desenhos metodológicos foram predominantemente experimentais ou quase-experimentais, evidenciando preocupação recente em avaliar intervenções de enfermagem com impacto mensurável.

De forma consistente, todos os estudos demonstraram redução do stress e/ou ansiedade parental, confirmando o papel central da enfermagem na promoção da adaptação parental durante o internamento neonatal.

Resultados

A análise dos estudos permitiu identificar seis grandes categorias de intervenções de enfermagem eficazes na redução do stress e ansiedade parental durante o internamento na UCIN.

Os programas de empoderamento parental e as intervenções educativas estruturadas apresentaram os efeitos mais consistentes, evidenciando melhorias significativas na autoeficácia parental, adaptação emocional e redução do stress.

As estratégias de envolvimento parental nos cuidados, nomeadamente family-centred rounds, demonstraram igualmente impacto positivo, sobretudo na perceção de controlo e satisfação com os cuidados.

Intervenções complementares como suporte familiar direcionado e tecnologias de aproximação mostraram benefícios moderados, atuando principalmente na ansiedade associada à separação.

Globalmente, a evidência aponta que intervenções lideradas por enfermeiros centradas na informação, participação ativa e suporte emocional constituem os pilares fundamentais para a redução do sofrimento psicológico parental em contexto de cuidados intensivos neonatais.

Tipo de intervenção	Estudos incluídos	Resultados consistentes
Programas de empoderamento parental (COPE, participatory care, family conversations)	Saleh 2025; Liu 2022; Åberg-Petersson 2025; Åberg-Petersson 2021	↓ stress parental; ↑ competência parental; ↑ coping familiar
Educação estruturada (programas educativos, QR-code, treino de competências)	Amiri Doomari 2025; Çaka 2025; Yilmaz-Küçük & Alemdar 2022	↓ ansiedade/stress; ↑ autoeficácia; melhoria de coping e preparação para cuidar
Modelos de cuidados centrados na família e participação parental (FICare, FCR)	Kubicka 2023; Saugy 2025; Liu 2022	↓ stress parental; ↑ comunicação; ↑ participação e satisfação

Suporte familiar direcionado (treino do pai, envolvimento do parceiro)	Shirazi 2023	↓ stress materno; ↑ autoeficácia materna com suporte do pai
Tecnologias de aproximação (webcam/telepresença)	Kubicka 2021	↓ stress parental com webcam; sem aumento de stress/burnout em enfermeiros
Suporte de enfermagem (apoio emocional e informacional)	Yilmaz-Küçük & Alemdar 2022; Åberg-Petersson 2021	↓ stress e ansiedade; ↓ cortisol (quando mensurado); pais referem sentir-se validados e mais preparados

Discussão

A presente revisão integrativa permitiu identificar diferentes intervenções de enfermagem dirigidas à redução do stress e da ansiedade parental durante o internamento do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Apesar da heterogeneidade metodológica e conceptual dos estudos incluídos, foi possível agrupar as intervenções em seis categorias: programas de empoderamento parental, educação estruturada, modelos de cuidados centrados na família e participação parental, suporte familiar direcionado, tecnologias de aproximação e suporte de enfermagem. De forma global, os resultados sugerem que as intervenções mais eficazes são aquelas que promovem participação ativa dos pais, reforço da competência parental e maior proximidade relacional com o recém-nascido e com a equipa.

Programas de empoderamento parental

Os programas de empoderamento parental surgem como uma das categorias com resultados mais consistentes. Estudos como os de Saleh et al. (2025), Liu et al. (2022), Åberg Petersson et al. (2025) e Åberg Petersson et al. (2021) demonstraram reduções do stress parental, aumento da competência parental e melhoria do coping familiar. Em comum, estas intervenções não se limitam à transmissão de informação; procuram reposicionar os pais como participantes ativos no processo de cuidado e adaptação familiar.

Contudo, importa distinguir os mecanismos de ação subjacentes. No estudo de Saleh et al. (2025), o programa liderado por enfermeiros produziu melhorias na interação mãe-bebé, no sentido de competência e em indicadores de saúde mental, sugerindo um efeito

particularmente forte ao nível da díade mãe-filho. Já o estudo de Liu et al. (2022) mostrou benefícios simultâneos nos resultados clínicos dos prematuros e no estado psicológico familiar, o que sugere que a participação parental pode produzir efeitos em dois níveis: o emocional e o clínico. Por sua vez, os estudos de Åberg Petersson et al. (2021; 2025) centram-se mais no funcionamento familiar, no significado atribuído à experiência e na adaptação emocional, revelando uma perspectiva mais relacional e sistémica do empoderamento.

Esta diferença é relevante. Enquanto Saleh et al. (2025) e Liu et al. (2022) avaliaram sobretudo resultados mensuráveis em autoeficácia, stress ou outcomes clínicos, os estudos de Åberg Petersson enfatizam processos subjetivos, como sentir-se validado, compreendido e mais preparado para o futuro. Assim, embora todos apontem na mesma direção, nem todos medem exatamente o mesmo fenómeno. Isto sugere que o empoderamento parental deve ser entendido como um constructo multidimensional, envolvendo controlo percebido, participação, validação emocional e reorganização do papel parental.

Educação estruturada e treino de competências

As intervenções educativas estruturadas, incluindo programas educativos, treino de competências e recursos digitais, também revelaram benefícios consistentes, sobretudo na redução da ansiedade e no aumento da autoeficácia parental (Amiri Doomari et al., 2025; Çaka et al., 2025; Yilmaz & Küçük Alemdar, 2022). Ainda assim, quando comparadas com os programas de empoderamento parental, parecem apresentar um efeito mais dependente da forma como a educação é integrada no cuidado.

Por exemplo, Çaka et al. (2025) demonstraram que a formação apoiada por QR code aumentou a autoeficácia materna e contribuiu para reduzir a ansiedade, mas o foco principal esteve na acessibilidade e repetição da informação, sobretudo após a alta. Já Amiri Doomari et al. (2025) encontraram redução significativa da ansiedade com um programa educativo de suporte, sugerindo que a dimensão relacional e de acompanhamento pode potenciar o efeito da educação. De forma semelhante, Yilmaz e Küçük Alemdar (2022) mostraram que intervenções educativas e de suporte reduziram o stress associado ao ambiente da UCIN, a ansiedade e até indicadores fisiológicos como o cortisol salivar.

A comparação entre estes estudos sugere que a educação, por si só, pode não ser suficiente para modificar profundamente a experiência emocional dos pais. O seu impacto parece aumentar quando a informação é acompanhada de suporte emocional, treino prático ou oportunidades de participação. Em termos críticos, isto indica que o efeito terapêutico não decorre apenas do conteúdo educativo, mas do contexto em que esse conteúdo é oferecido. Assim, programas exclusivamente informativos podem ser menos eficazes do que programas educativos integrados numa relação terapêutica de suporte.

Modelos de cuidados centrados na família e participação parental

Os modelos de cuidados centrados na família e as estratégias que promovem a participação parental também demonstraram resultados relevantes. Kubicka et al. (2023), Saugy et al. (2025) e Liu et al. (2022) evidenciaram melhorias na comunicação, no envolvimento parental e na satisfação com os cuidados, associadas a redução do stress parental.

Apesar desta convergência, existem diferenças importantes entre os estudos. O modelo *modified Family Integrated Care* analisado por Kubicka et al. (2023) foi implementado num contexto norte-americano adaptado às limitações locais, mostrando que mesmo uma versão modificada do FICare pode produzir benefícios na experiência parental. Já Saugy et al. (2025), ao estudarem as *family-centred care rounds*, focaram-se mais na viabilidade da implementação e no efeito sobre a participação e satisfação parental, o que reforça a ideia de que intervenções centradas na família também dependem das condições organizacionais e culturais do serviço.

Comparativamente, Liu et al. (2022) parece reportar efeitos mais amplos, incluindo resultados clínicos do recém-nascido. Esta diferença pode refletir o facto de o modelo de participação familiar nesse estudo envolver maior integração prática da família nos cuidados. Assim, embora os três estudos sustentem a eficácia dos cuidados centrados na família, a magnitude do efeito parece depender do grau real de participação parental e não apenas da adoção formal de um modelo teórico.

Suporte familiar direcionado

O suporte familiar direcionado foi representado sobretudo pelo estudo de Shirazi et al. (2022), que analisou o impacto da formação dos pais para apoiar as suas esposas. Os

resultados mostraram redução do stress materno e aumento da autoeficácia das mães, sugerindo que o apoio do parceiro constitui um elemento protetor importante.

Embora esta categoria seja sustentada por apenas um estudo, os seus resultados são particularmente relevantes porque deslocam o foco da intervenção do binómio profissional–mãe para a dinâmica familiar mais ampla. Em comparação com outras intervenções centradas diretamente na mãe, este estudo sugere que a redução do stress materno pode também ser alcançada indiretamente, através do fortalecimento do suporte conjugal. Este dado complementa os resultados dos estudos de Åberg Petersson et al. (2021; 2025), que também salientam a importância do funcionamento familiar e da comunicação entre os membros da família.

A principal limitação desta categoria é a escassez de evidência disponível. Apesar da plausibilidade clínica do suporte do parceiro, a sua eficácia permanece pouco explorada na literatura, sendo necessária investigação adicional que avalie intervenções direcionadas à família como sistema.

Tecnologias de aproximação

A utilização de tecnologias de aproximação, como sistemas de webcam que permitem aos pais visualizar o recém-nascido à distância, constitui uma estratégia relativamente recente no contexto da UCIN. O estudo de Kubicka et al. (2021) demonstrou que a utilização de webcams reduziu os níveis de stress parental, ao mesmo tempo que não se verificou aumento do stress ou burnout entre os profissionais de enfermagem.

Comparativamente com outras intervenções identificadas nesta revisão, a tecnologia parece atuar sobretudo como um facilitador da proximidade emocional quando a presença física dos pais é limitada. Diferentemente das intervenções participativas, que promovem envolvimento direto no cuidado, as tecnologias de aproximação funcionam como mediadores da relação pais-bebé. Neste sentido, o seu impacto parece ser mais complementar do que substitutivo relativamente a outras estratégias de suporte parental.

Além disso, o estudo de Kubicka et al. (2021) destaca uma questão relevante do ponto de vista organizacional: a implementação de tecnologias de monitorização parental não aumentou a carga emocional dos profissionais, contrariando receios frequentemente

associados a este tipo de intervenção. Ainda assim, a evidência disponível nesta área permanece limitada, sendo necessários mais estudos que explorem o impacto destas tecnologias em diferentes contextos clínicos.

Suporte de enfermagem

As intervenções de suporte de enfermagem, baseadas no apoio emocional, na comunicação terapêutica e na partilha de informação com os pais, também demonstraram efeitos positivos na redução do stress e da ansiedade parental. Os estudos de Yilmaz e Küçük Alemdar (2022) e Åberg Petersson et al. (2021) indicam que o suporte consistente por parte da equipa de enfermagem contribui para que os pais se sintam compreendidos, validados e mais preparados para lidar com a experiência de internamento.

Yilmaz e Küçük Alemdar (2022) identificaram não apenas melhorias nos níveis de stress e ansiedade reportados pelos pais, mas também reduções em indicadores fisiológicos de stress, como os níveis de cortisol. Este dado sugere que o impacto das intervenções de enfermagem pode ultrapassar a dimensão subjetiva, refletindo-se também em respostas fisiológicas ao stress.

Por sua vez, o estudo qualitativo de Åberg Petersson et al. (2021) evidencia que o apoio emocional dos profissionais desempenha um papel importante na validação das experiências parentais e na construção de significado face à situação vivida. Esta diferença metodológica entre os estudos ilustra duas dimensões complementares do suporte de enfermagem: uma dimensão mensurável, associada à redução do stress, e uma dimensão experiencial, associada ao sentimento de reconhecimento e apoio.

Síntese interpretativa dos resultados

A análise global dos estudos incluídos nesta revisão sugere que a eficácia das intervenções de enfermagem na redução do stress e da ansiedade parental está fortemente relacionada com o grau de envolvimento parental promovido. Intervenções que favorecem a participação ativa dos pais, reforçam a perceção de competência e promovem uma relação terapêutica próxima com os profissionais tendem a apresentar efeitos mais consistentes.

Neste sentido, os programas de empoderamento parental e os modelos de cuidados centrados na família parecem constituir as abordagens mais abrangentes, ao integrarem componentes educativas, relacionais e participativas. As intervenções educativas estruturadas e as tecnologias de aproximação demonstram benefícios relevantes, mas tendem a funcionar como estratégias complementares que potenciam o efeito de intervenções centradas na participação parental.

Assim, os resultados desta revisão reforçam a ideia de que o stress parental na UCIN não resulta apenas da falta de informação, mas também da percepção de perda de controlo, exclusão do cuidado e vulnerabilidade emocional. Intervenções que transformam os pais de observadores passivos em participantes ativos no cuidado parecem contribuir de forma mais significativa para a redução do stress e da ansiedade parental.

Implicações para a prática de enfermagem

Os resultados desta revisão integrativa reforçam a importância do papel do enfermeiro no apoio aos pais de recém-nascidos internados em UCIN, evidenciando que intervenções de enfermagem estruturadas podem contribuir significativamente para a redução do stress e da ansiedade parental. Em particular, estratégias que promovem o envolvimento ativo dos pais nos cuidados ao recém-nascido, a comunicação terapêutica e o fortalecimento da competência parental demonstraram maior eficácia. Assim, torna-se fundamental que os enfermeiros adotem práticas centradas na família, integrando os pais no processo de cuidado e promovendo a sua participação nas decisões e nas atividades de cuidado sempre que clinicamente possível. Paralelamente, a implementação de programas educativos estruturados, o suporte emocional contínuo e o recurso a estratégias inovadoras, como tecnologias de aproximação, podem constituir ferramentas relevantes para melhorar a experiência parental durante o internamento neonatal. A integração destas abordagens na prática clínica poderá contribuir para promover o bem-estar das famílias, fortalecer o vínculo pais-bebé e melhorar a qualidade dos cuidados prestados em contexto de UCIN.

Implicações para a investigação futura

Apesar de os resultados desta revisão integrativa permitirem identificar diferentes intervenções de enfermagem associadas à redução do stress e da ansiedade parental em contexto de UCIN, algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, os estudos incluídos apresentam heterogeneidade metodológica significativa, nomeadamente ao nível do desenho dos estudos, das amostras, dos contextos clínicos e dos instrumentos utilizados para avaliar o stress e a ansiedade parental, o que dificulta a comparação direta entre os resultados. Em segundo lugar, as intervenções analisadas diferem quanto à sua estrutura, duração e forma de implementação, podendo influenciar a magnitude dos efeitos observados. Além disso, a maioria dos estudos foi realizada em contextos específicos e com amostras relativamente reduzidas, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos clínicos. Por fim, o facto de esta revisão integrar estudos com diferentes metodologias, incluindo estudos quantitativos e qualitativos, pode introduzir variações na forma como os resultados são interpretados. Ainda assim, a síntese realizada permite identificar tendências relevantes na literatura e contribui para uma melhor compreensão das intervenções de enfermagem dirigidas ao apoio parental em UCIN.

Recomendações para investigação futura

Os resultados desta revisão evidenciam a necessidade de aprofundar a investigação sobre intervenções de enfermagem dirigidas à redução do stress e da ansiedade parental no contexto da UCIN. Estudos futuros deverão procurar utilizar desenhos metodológicos mais robustos, nomeadamente ensaios clínicos randomizados e estudos multicêntricos, que permitam avaliar de forma mais consistente a eficácia das diferentes intervenções identificadas. Será igualmente relevante explorar o impacto destas intervenções a médio e longo prazo, particularmente no que se refere à adaptação parental, ao vínculo pais-bebé e ao desenvolvimento infantil após a alta hospitalar. Adicionalmente, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que comparem diferentes tipos de intervenções e que analisem a combinação de estratégias educativas, participativas e de suporte emocional, de modo a

identificar modelos de intervenção mais eficazes e adaptáveis a diferentes contextos clínicos. Por fim, futuras investigações poderão também explorar o papel de intervenções dirigidas à família como um todo, incluindo o envolvimento do parceiro e de outros membros familiares, bem como o potencial das tecnologias digitais no apoio às famílias de recém-nascidos internados em UCIN.

Conclusão:

O internamento de um recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais constitui uma experiência potencialmente geradora de stress e ansiedade para os pais, associada à fragilidade clínica do bebé, à incerteza quanto à evolução da sua condição de saúde e às dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar. Neste contexto, o papel do enfermeiro assume particular relevância no apoio às famílias, sendo fundamental na implementação de intervenções que promovam o bem-estar parental e favoreçam a adaptação à experiência de hospitalização.

A presente revisão integrativa permitiu identificar diferentes intervenções de enfermagem utilizadas na redução do stress e da ansiedade parental durante o internamento do recém-nascido na UCIN, destacando-se programas de empoderamento parental, intervenções educativas estruturadas, modelos de cuidados centrados na família, suporte familiar direcionado, tecnologias de aproximação e estratégias de suporte emocional e informacional. De forma geral, os resultados indicam que as intervenções que promovem maior participação dos pais no cuidado do recém-nascido e reforçam a perceção de competência parental apresentam efeitos mais consistentes na redução do stress e da ansiedade.

Estes resultados reforçam a importância da implementação de práticas de enfermagem centradas na família, que integrem os pais no processo de cuidado e promovam uma comunicação terapêutica eficaz entre profissionais e famílias. A adoção destas abordagens poderá contribuir para melhorar a experiência parental durante o internamento neonatal, fortalecer o vínculo pais-bebé e promover resultados positivos tanto para os pais como para o recém-nascido.

Assim, a síntese da evidência realizada nesta revisão integrativa contribui para uma melhor compreensão das intervenções de enfermagem dirigidas ao apoio parental em contexto de UCIN, podendo apoiar o desenvolvimento de práticas clínicas baseadas em evidência e orientar futuras investigações nesta área.

Referências bibliográficas

Åberg Petersson, M., Persson, C., & Israelsson, J. (2025). Efficacy of family health conversations on mental health, family wellbeing, and family functioning for parents of infants requiring mechanical respiratory support during neonatal intensive care. *Journal of Family Nursing*, 31(4), 235–244. <https://doi.org/10.1177/10748407251357216>

Åberg Petersson, M., Persson, C., Massoudi, P., Benzein, E., & Wåhlin, I. (2021). Parents' experiences of family health conversations after having a child in need of neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1269–1277. <https://doi.org/10.1111/scs.12945>

Çaka, S. Y., Topal, S., Öztürkler, S., Tuncer Çelenkoğlu, F., & Günlemez, A. (2025). The effect of QR code supported newborn care training given to mothers with premature infant on self-efficacy and anxiety: A randomised controlled study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(3), 1–11. <https://doi.org/10.1111/scs.70051>

Amiri Doomari, S., Moghimian Shahrababaki, R., Nematollahi, M., & Bagherian, B. (2025). The effect of educational-supportive program on the anxiety of mothers of infants admitted to the neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal Nursing*, 31(2). <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.11.006>

Kubicka, Z., Zahr, E., Clark, P., Williams, D., Berbert, L., & Arzuaga, B. (2021). Use of an internet camera system in the neonatal intensive care unit: Parental and nursing perspectives and its effects on stress. *Journal of Perinatology*, 41(8), 2048–2056. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-00934-w>

Kubicka, Z., Fiascone, J., Williams, D., Zahr, E., Ditzel, A., Perry, D., Rousseau, T., Lacy, M., & Arzuaga, B. (2023). Implementing modified family integrated care in a U.S. neonatal

intensive care unit: Nursing perspectives and effects on parents. *Journal of Perinatology*, 43(4), 503–509. <https://doi.org/10.1038/s41372-023-01601-y>

Liu, M., Xu, Y., & Li, Y. (2022). Effects of family participatory nursing on clinical outcomes of premature infants in NICU and families' psychological status. *Contrast Media & Molecular Imaging*, 2022, Article 7420909. <https://doi.org/10.1155/2022/7420909>

Saleh, S. E.-S., El-Ashry, A. M., Abohadida, R. M., Hendawi, N. E., Badawe, S. S. M., & Abd El-samie Ismail, E. M. (2025). Effect of nurse-led creating opportunities for parent empowerment program on mother-infant interaction, sense of competence and mental health outcome: A randomized control trial. *Journal of Neonatal Nursing*, 31(5). <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101713>

Saugy, A., Pythoud, P., De Clifford-Faugère, G., et al. (2025). Family-centred care rounds in a neonatal intensive care setting: An implementation sciences feasibility study. *Nursing in Critical Care*, 31(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/nicc.70276>

Shirazi, Z. H., Ghasemloo, H., Razavinejad, S. M., Sharifi, N., & Bagheri, S. (2022). The effect of training the fathers to support their wives on stress and self-efficacy in mothers of premature newborns hospitalized in NICU: A quasi-experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04413-8>

Yilmaz, G., & Küçük Alemdar, D. (2022). The effect of supportive nursing interventions on reducing stress levels of mothers of infants in the neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 941–951. <https://doi.org/10.1177/10547738211047359>

APÊNDICE III- Reformulação do Projeto de Parentalidade Pós-Natal



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

**REFORMULAÇÃO DO PROJETO DE APOIO À
PARENTALIDADE PÓS-NATAL**

Estudante: Joana Gisela Martins Da Silva Cunha

Sob orientação de Profª Doutora Constança Festas

Porto, dezembro de 2025

ABREVIATURAS:

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund*)

WHO – Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*)

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO	166
2 PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	168
3- PROPOSTA DE MELHORIA	168
4- DESCRIÇÃO DO PROJETO DE PARENTALIDADE PÓS-NATAL	170
4.1 PÚBLICO ALVO	170
4.2-OBJETIVOS	170
4.2.1 GERAIS	170
4.2.2 ESPECIFICOS	171
4.3 INDICADORES	171
4.4 RECURSO	171
4.4.1 HUMANOS	171
4.4.2. MATERIAIS	171
4.4.3- FÍSICOS	172
5- CONCLUSÃO	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
APÊNDICES	178
APÊNDICE I PLANIFICAÇÃO DO PROJETO PARENTALIDADE PÓS-NATAL	179
APÊNDICE II- PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	181
APÊNDICE III-APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT	183

1-INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um dos momentos mais importantes na vida de um casal. A parentalidade é reconhecida como um processo complexo, contínuo e multidimensional que envolve um conjunto de competências afetivas, relacionais e práticas, essenciais para garantir o bem-estar, a segurança e o desenvolvimento integral da criança. De acordo com Belsky (1984), a parentalidade resulta da interação entre fatores pessoais dos cuidadores, características da criança e influências contextuais, sendo um processo dinâmico que se ajusta às exigências próprias de cada fase do ciclo vital familiar. Neste sentido, ser pai ou mãe não se restringe ao papel biológico, mas implica uma função educativa, protetora e promotora de vínculos seguros (Bornstein, 2015).

A educação para a parentalidade surge como uma estratégia estruturada que pretende fortalecer as competências parentais, capacitando os cuidadores para responder de forma informada e sensível às necessidades do bebé, especialmente no período pós-natal. Segundo Sanders e Mazzucchelli (2013), estes programas constituem intervenções de promoção da saúde que desenvolvem práticas parentais positivas e previnem comportamentos de risco. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) sublinha que a educação parental é uma ferramenta essencial para a melhoria dos indicadores de saúde infantil, mental e familiar.

No contexto português, a importância da promoção da parentalidade encontra suporte em vários instrumentos legislativos e orientadores. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) coloca a tónica na promoção da saúde, prevenção da doença e literacia em saúde, enfatizando a necessidade de programas que contribuam para a capacitação das famílias. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE – Decreto-Lei n.º 104/98) reforça o papel do enfermeiro na educação para a saúde, incluindo a preparação e acompanhamento das famílias no período pós-natal. Adicionalmente, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS) estabelece como prioridade o apoio à parentalidade positiva desde o nascimento, incentivando a implementação de programas de suporte às famílias.

Apesar do reconhecimento institucional e científico da relevância destes programas, verifica-se frequentemente uma baixa adesão das famílias, sobretudo após o regresso ao domicílio. Estudos nacionais e internacionais indicam que esta problemática decorre de múltiplos fatores: horários incompatíveis, falta de apoio social, perceção de autossuficiência parental, ansiedade no puerpério, dificuldades logísticas (transporte, presença de irmãos),

desconhecimento da oferta formativa ou falta de continuidade entre cuidados hospitalares e comunitários (Barlow et al., 2016; Bryanton & Beck, 2020). Este cenário compromete o impacto potencial dos cursos de parentalidade, diminuindo a oportunidade de prevenir dificuldades na adaptação parental e de promover práticas seguras e informadas.

Assim, a reformulação do curso de parentalidade pós-natal justifica-se pela necessidade de definir estratégias facilitadoras da adesão e participação das famílias.

2-PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:

Durante a realização do estágio no contexto de UCC verificou-se a baixa adesão das famílias às sessões realizadas no período pós-natal. Apesar da relevância reconhecida do programa na promoção das competências parentais, na facilitação da adaptação à parentalidade e na prevenção de riscos psicossociais, verifica-se uma discrepância significativa entre a participação no pré-natal e a continuidade do envolvimento após o nascimento da criança. Esta baixa adesão traduz-se numa perda de continuidade de cuidados numa fase particularmente sensível, marcada por mudanças físicas, emocionais e sociais intensas para os pais. A ausência das famílias no pós-natal compromete o impacto esperado das intervenções estruturadas, dificultando a consolidação de conhecimentos, o reforço da vinculação e a identificação precoce de dificuldades parentais ou sinais de vulnerabilidade. A persistência deste padrão de baixa adesão representa, portanto, um desafio significativo para a eficácia do programa, justificando a necessidade de reformulação das estratégias de intervenção, comunicação e organização das sessões pós-natais, de modo a garantir maior acessibilidade, pertinência e envolvimento das famílias.

3-PROPOSTA DE MELHORIA:

A proposta de reformulação do programa de Parentalidade Pós-Natal, centrada no início mais precoce do contacto com as famílias e no ajuste dos conteúdos às suas necessidades, fundamenta-se na evidência científica que demonstra que a eficácia dos programas de parentalidade depende fortemente da oportunidade, continuidade e pertinência da intervenção.

Vários autores defendem que o estabelecimento precoce da relação terapêutica entre profissionais de saúde e famílias é determinante para a adesão subsequente a programas de apoio parental (Olds et al., 2014; Shaw et al., 2016). O contacto iniciado ainda no período pré-natal promove maior confiança, reduz ansiedade e prepara os pais para um envolvimento mais ativo após o nascimento (Barlow et al., 2016). Assim, antecipar o contacto com as famílias permite identificar necessidades, expectativas e fatores de risco precocemente, facilitando uma intervenção mais personalizada e contínua.

Do mesmo modo, a adequação dos conteúdos das sessões às necessidades reais e percebidas das famílias constitui um fator crítico de participação. Programas cujos conteúdos são

demasiado extensos, pouco flexíveis ou desajustados ao contexto do puerpério tendem a apresentar menor taxa de adesão (Pontoppidan et al., 2017; Mihelic et al., 2018). A literatura sublinha que os conteúdos devem ser práticos, culturalmente sensíveis e centrados nos desafios imediatos da transição para a parentalidade, tais como vínculo, cuidados ao recém-nascido, saúde mental parental e gestão da rotina familiar (WHO, 2022; DGS, 2015).

Além disso, recomendações nacionais e internacionais reforçam a necessidade de intervenções de parentalidade baseadas na família, adaptáveis e orientadas pela evidência (UNICEF, 2021; WHO, 2020). A Direção-Geral da Saúde destaca que programas de apoio à parentalidade devem ser contínuos, acessíveis e estruturalmente flexíveis para promover maior envolvimento das famílias (DGS, 2015).

Neste contexto, a reformulação do Programa de Parentalidade Pós-Natal — antecipando o início da intervenção e ajustando os conteúdos às necessidades dos pais — apresenta-se como uma resposta coerente com a evidência científica e com as recomendações internacionais, visando aumentar a adesão no pós-natal e potenciar os resultados no bem-estar parental e desenvolvimento infantil.

4-DESCRIÇÃO DO PROJETO DE PARENTALIDADE PÓS-NATAL:

O Projeto de Parentalidade Pós-Natal tem como finalidade apoiar e capacitar os pais para o exercício de uma parentalidade informada, consciente e promotora do desenvolvimento saudável da criança.

O projeto inicia-se durante o curso de preparação para o nascimento, na sessão de Suporte Básico de Vida Pediátrico, dinamizada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Para além da formação prevista, é realizada a apresentação do projeto e aplicado um questionário inicial, com o objetivo de identificar necessidades, expectativas e áreas prioritárias de intervenção.

O segundo contacto ocorre durante a primeira semana de vida do recém-nascido, através de acompanhamento pela EEESIP, com enfoque no apoio à amamentação e na adaptação parental. Nesta fase é igualmente realizada uma avaliação pela fisioterapeuta, direcionada à identificação precoce de alterações posturais e à orientação parental.

A partir do primeiro mês de vida, tem início o curso de massagem infantil, constituído por quatro sessões presenciais semanais consecutivas. No final de cada sessão é abordado um tema ajustado à fase de desenvolvimento do bebé. Complementarmente, é realizada uma sessão online semanal dedicada a temas relacionados com a parentalidade e a vida familiar. No final do curso é aplicado um questionário de avaliação

4.1-PÚBLICO ALVO:

- Grávidas e/ou casais no terceiro trimestre de gravidez inscritas no Programa de Parentalidade Pré-Natal da UCC e púérperas e/ou casais com lactentes até aos seis meses abrangidos pela UCC

4.2-OBJETIVOS:

4.2.1- GERAIS:

- Promover o desenvolvimento de competências parentais que favoreçam um ambiente seguro, afetivo e estimulante
- Promover a amamentação
- Identificar precocemente sinais de alterações posturais no recém-nascido

4.2.2- Específicos:

- Apoiar e promover a amamentação
- Capacitar os pais sobre as etapas do desenvolvimento infantil
- Promover o vínculo entre a criança e os cuidadores
- Educar para hábitos de segurança, sono, choro e higiene
- Promover uma alimentação saudável
- Estimular a partilha de emoções
- Identificar sinais posturais de alerta
- Ensinar a técnica de massagem infantil
- Ensinar técnicas de desengasgamento e suporte básico de vida pediátrico
- Promover a saúde infantil e familiar

4.3- INDICADORES

- **Taxa de participação (%)** = $(\text{n.º de participantes} / \text{n.º de convocados}) \times 100$
- **Grau de satisfação** avaliado através de questionário no final do curso
- **Total de horas ministradas** = $\text{n.º de horas por sessão} \times \text{n.º de sessões anuais}$

4.4-RECURSOS:

4.4.1- HUMANOS:

- Duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica
- Fisioterapeuta
- Secretário de unidade

4.4.2- MATERIAIS:

- Computador
- Câmara para computador
- Colchões para massagem
- Mala de domicílios

4.4.3-FÍSICOS:

- Ginásio da UCC
- Gabinete de Saúde Infantil e Pediátrica

5-CONCLUSÃO

A parentalidade constitui um processo dinâmico, complexo e multidimensional, que exige dos cuidadores o desenvolvimento contínuo de competências emocionais, relacionais e práticas, particularmente relevantes no período pós-natal. A evidência científica demonstra que programas estruturados de apoio à parentalidade desempenham um papel fundamental na promoção da saúde infantil e familiar, contribuindo para práticas parentais positivas, para o fortalecimento da vinculação e para a prevenção de riscos psicossociais (Belsky, 1984; Bornstein, 2015; Sanders & Mazzucchelli, 2013; WHO, 2020).

A análise do contexto de prática, realizada durante o estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade, permitiu identificar uma baixa adesão das famílias às sessões de parentalidade no período pós-natal, contrastando com a elevada participação no pré-natal. Tal realidade compromete a continuidade de cuidados numa fase particularmente sensível do ciclo vital familiar, marcada por intensas mudanças físicas, emocionais e sociais, conforme descrito na literatura (Barlow et al., 2016; Bryanton & Beck, 2020).

Face a esta problemática, a reformulação do Programa de Parentalidade Pós-Natal apresentada neste projeto fundamenta-se na evidência que destaca a importância do contacto precoce, da continuidade da intervenção e da adequação dos conteúdos às necessidades reais das famílias como fatores determinantes para a adesão e eficácia dos programas de parentalidade (Olds et al., 2014; Shaw et al., 2016; Pontoppidan et al., 2017). A antecipação do início da intervenção para o período pré-natal, a abordagem multidisciplinar e a combinação de sessões presenciais e online encontram-se alinhadas com as recomendações nacionais e internacionais para intervenções familiares acessíveis, flexíveis e centradas na família (DGS, 2015; WHO, 2022; UNICEF, 2021).

Espera-se que a implementação deste projeto contribua para o aumento da adesão das famílias no período pós-natal, para o reforço das competências parentais, para a promoção da amamentação, da vinculação e da segurança infantil, bem como para a identificação precoce de sinais de vulnerabilidade ou alterações no desenvolvimento. Paralelamente, o projeto evidencia o papel central do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação para a saúde, no acompanhamento contínuo das famílias e

na promoção de cuidados de qualidade, baseados na evidência e orientados para os ganhos em saúde, conforme preconizado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98) e pela Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019).

Conclui-se, assim, que a reformulação do Programa de Parentalidade Pós-Natal se configura como uma intervenção pertinente, exequível e potencialmente geradora de ganhos significativos em saúde infantil e familiar, contribuindo para uma parentalidade mais informada, consciente e segura no contexto comunitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barlow, J., Herath, N. I., Bartram Torrance, C., Bennett, C., Wei, Y., & Schrader McMillan, A. (2016). The effectiveness of group-based parenting programmes in improving parenting practices, parent–child relationships and child development in early childhood: A systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(6), 1–17. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12491>

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>

Bornstein, M. H. (2015). *Handbook of child psychology and developmental science: Volume 4 – Ecological settings and processes* (7th ed.). Wiley.

Bryanton, J., & Beck, C. T. (2020). Postpartum depression and anxiety: A review of the literature. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(1), 1–9. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000460>

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 93.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169.

Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2018). Effects of early parenting interventions on parents and children: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(4), 1–18. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0255-7>

Olds, D. L., Kitzman, H., Anson, E., Smith, J. A., & Knudtson, M. D. (2014). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 15(5), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0494-7>

Pontoppidan, M., Klest, S. K., & Sandoy, T. M. (2017). The Incredible Years Parents and Babies Program: A pilot randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 12(12), e0189857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189857>

Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>

Shaw, D. S., Dishion, T. J., Connell, A., Wilson, M. N., & Gardner, F. (2016). Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology*, 28(1), 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000488>

UNICEF. (2021). *Parenting in the time of COVID-19*. UNICEF.

World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Guidelines on parenting interventions to prevent mental disorders in children*. WHO.

Apêndices

Apêndice 1- Planificação do Projeto Parentalidade Pós-Natal

População alvo	Contato	Objetivo
Casais no 3º trimestre de gravidez inscritos no curso pré-natal da UCC	Formação de suporte básico de vida pediátrico realizada no curso pré-natal pela EEESIP	• Estabelecer 1º contacto; • Apresentar o projeto pós-natal • Distribuir Flyers
Pais	1ª semana de vida do recém-nascido	• Iniciar apoio na amamentação • Avaliação pela Fisioterapeuta • Enviar email com convite para o curso • Fazer turmas
Pais	15 dias de vida do recém-nascido	• 1ª sessão Online- Gerir emoções na parentalidade
Pais	1º mês	• Início do curso de massagem + Segurança e exposição ao frio e ao calor • 2ª sessão online- Nutrição no início de vida
Pais	1ºmês+1 semana	• 2ª sessão de massagem+ Choro e sono • 3ª sessão online- Cuidar do bebé com segurança
Pais	1ºmês+2semana	• 3º sessão de massagem+ Sinais comuns e de alerta • 4ª sessão online: Crescer com saúde
Pais	1ºmês+3 semana	• 4ª sessão de massagem+ Vacinação e febre • 5ª sessão online: Hábitos de Higiene e conforto

Pais	2º mês de vida	• 6ª Sessão Online: Desenvolvimento- brincar e aprender
Pais	2ºmês+ 2 semanas	• Suporte básico de vida Pediátrico- Presencial
Pais	3º mês de vida	• 7ª sessão online: Descobrir sabores em segurança
Pais	3ª mês + 2 semanas	• 8ª sessão online: Rotinas em família+ Questionário final

Apêndice II- Planificação da sessão de formação

Tema: PROJETO PARENTALIDADE PÓS-NATAL- Proposta de alteração			
Data: dezembro de 2025		Duração: 60 minutos	Local: UCC
População alvo: Enfermeiros UCC			
Formador(a): Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e Enfª Joana Cunha			
Objetivo geral: Apresentar e fundamentar a reformulação do Projeto de Parentalidade Pós-Natal, sensibilizando os enfermeiros da UCC para da importância da intervenção precoce, contínua e ajustada às necessidades das famílias, com vista ao aumento da adesão das famílias no período pós-natal.			
Objetivos Específicos: • Compreender a problemática da baixa adesão das famílias às sessões de parentalidade no período pós-natal • Reconhecer a importância do contacto precoce e da continuidade de cuidados na promoção da parentalidade positiva • Conhecer a proposta de reformulação do Projeto de Parentalidade Pós-Natal • Identificar os objetivos, conteúdos e metodologia do projeto reformulado • Valorizar o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação para a parentalidade e na articulação de cuidados comunitários			
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	35 minutos	15 minutos
Metodologia	Expositivo	Expositivo	Expositivo e interativo
Conteúdos	• Acolhimento; • Apresentação das formadoras e do tema;	• Apresentação em powerpoint	• Síntese das principais ideias , discussão e esclarecimento de dúvidas.
Avaliação	• Observação do interesse e participação dos formandos	• Observação do interesse e participação dos formandos	• Avaliação pelas enfermeiras tutoras

Apêndice III- Apresentação em PowerPoint

Projeto Parentalidade pós-natal

Proposta de alteração

Temas a desenvolver

- ▶ Problemática identificada
- ▶ Proposta de melhoria
- ▶ Descrição do Projeto
- ▶ Público alvo
- ▶ Objetivos Gerais e Específicos
- ▶ Indicadores
- ▶ Recursos
- ▶ Planificação do projeto

Problemática identificada

- ▶ Baixa adesão das famílias às sessões realizadas no período pós-natal.

Proposta de melhoria

Reformulação do Projeto

- ▶ Início mais precoce
- ▶ Ajuste dos conteúdos às necessidades parentais

Objetivo

- ▶ Aumentar a adesão das famílias
- ▶ Melhorar o impacto das intervenções
- ▶ Promover cuidados parentais mais eficazes e adequados

Breve descrição do Projeto

- ▶ Primeiro contato ainda durante o curso pré-natal;
- ▶ Início do apoio à amamentação e avaliação postural durante a primeira semana de vida;
- ▶ Curso de massagem a partir das 4 semanas de vida com a abordagem de um tema adequado à fase de vida do lactente;
- ▶ Sessão online semanal de temas relacionados à parentalidade, saúde, alimentação e vida familiar
- ▶ Reforço da formação sobre suporte básico de vida pediátrico em sessão presencial
- ▶ Apoio presencial, online ou domiciliar de acordo com as necessidades das famílias

Público alvo

- ▶ Grávidas e/ou casais no terceiro trimestre de gravidez inscritas no Programa de Parentalidade Pré-Natal da UCC e puérperas e/ou casais com lactentes até aos seis meses abrangidos pela UCC

Objetivos

Gerais

- ▶ Promover o desenvolvimento de competências parentais que favoreçam um ambiente seguro, afetivo e estimulante
- ▶ Promover a amamentação
- ▶ Identificar precocemente sinais de alterações posturais no recém-nascido

Específicos

- ▶ Apoiar e promover a amamentação
- ▶ Capacitar os pais sobre as etapas do desenvolvimento infantil
- ▶ Promover o vínculo entre a criança e os cuidadores
- ▶ Educar para hábitos de segurança, sono, choro e higiene
- ▶ Promover uma alimentação saudável
- ▶ Estimular a partilha de emoções
- ▶ Identificar sinais posturais de alerta
- ▶ Ensinar a técnica de massagem infantil
- ▶ Ensinar técnicas de desengasgamento e suporte básico de vida pediátrico
- ▶ Promover a saúde infantil e familiar

Indicadores

- ▶ Taxa de participação (%) = $(n.^{\circ} \text{ de participantes} / n.^{\circ} \text{ de convocados}) \times 100$
- ▶ Grau de satisfação avaliado através de questionário no final do curso
- ▶ Total de horas ministradas = $n.^{\circ} \text{ de horas por sessão} \times n.^{\circ} \text{ de sessões anuais}$

Recursos

Humanos	• Duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica • Fisioterapeuta • Secretário de unidade
Físicos	• Ginásio da UCC • Gabinete de Saúde Infantil e Pediátrica
Materiais	• Computador • Câmara para computador • Colchões para massagem • Mala de domicílios

Planificação do projeto

População alvo	Contato	Objetivo
Casais no 3º trimestre de gravidez inscritos no curso pré-natal da UCC	Formação de suporte básico de vida pediátrico realizada no curso pré-natal pela EESIP	• Estabelecer 1º contacto; • Apresentar o projeto pós-natal • Distribuir Flyers
Pais	1ª semana de vida do recém-nascido	• Iniciar apoio na amamentação • Avaliação pela Fisioterapeuta • Enviar email com convite para o curso • Fazer turmas
Pais	15 dias de vida do recém-nascido	• 1ª sessão Online- Gerir emoções na parentalidade

Pais	1º mês	• Início do curso de massagem + Segurança e exposição ao frio e ao calor • 2ª sessão online- Nutrição no início de vida
Pais	1ºmês+1 semana	• 2ª sessão de massagem+ Choro e sono • 3ªsessão online- Cuidar do bebê com segurança
Pais	1ºmês+2semana	• 3º sessão de massagem+ Sinais comuns e de alerta • 4ª sessão online: Crescer com saúde
Pais	1ºmês+3 semana	• 4ª sessão de massagem+ Vacinação e febre • 5ª sessão online: Hábitos de Higiene e conforto

Obrigada!

APÊNDICE IV- Comunicação oral na Semana da Amamentação “Mitos, Cultura e Tecnologias na Amamentação” - Resumo e Apresentação PowerPoint

Comunicação livre- Resumo

Título: Mitos, Cultura e Tecnologias na Amamentação

Autoras: EEESIP da UCC e aluna MESIP Joana Cunha

Palavras chave: amamentação; tecnologia; multiculturalidade

Introdução: Nos últimos anos, Portugal tem sido palco de um significativo fluxo migratório oriundo de diversas regiões do mundo. Cada mulher que chega ao país, traz consigo uma herança rica em cultura, repleta de mitos, tradições e práticas enraizadas na sua terra natal. Esta herança impacta profundamente a sua relação com o bebé e a forma como percebe e vivencia o ato da amamentação.

A adaptação a uma nova realidade exige uma abordagem cuidadosa e empática, que contemple a desconstrução de preconceitos e mitos culturais, bem como um acompanhamento personalizado. O papel da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é crucial neste processo, pois garante um suporte especializado, permitindo que a experiência de amamentação seja positiva e bem-sucedida tanto para a mãe quanto para o bebé.

Neste contexto, as novas tecnologias surgem como instrumentos fundamentais no apoio a estas mães. As barreiras linguísticas, culturais e de hábitos podem ser significativamente minimizadas por meio da utilização de inovações tecnológicas, como aplicações de tradução, aplicações de registo de mamadas ou grupos de apoio online. Estes recursos oferecem uma base sólida de apoio e estreitam a comunicação entre as mães e os profissionais de saúde, possibilitando que a amamentação continue a ser um ato de liberdade, vínculo e promoção da saúde.

Objetivos: Analisar a influência de mitos e tradições culturais na experiência de amamentação de mulheres multiculturais em Portugal; explorar o papel da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na promoção de práticas de amamentação seguras, informadas e culturalmente sensíveis; avaliar o contributo das tecnologias digitais

(aplicações de tradução, registo de mamadas, grupos de apoio online) no acompanhamento e capacitação das mães de diferentes culturas; refletir sobre estratégias que favoreçam a desconstrução de preconceitos culturais e a promoção de uma experiência de amamentação positiva e bem-sucedida.

Métodos: Análise reflexiva da experiência profissional em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade.

Resultados: Identificação dos principais mitos e práticas culturais que influenciam a amamentação no contexto multicultural; evidência de que a intervenção especializada e empática da enfermagem é determinante para o sucesso da amamentação; demonstração do potencial das tecnologias digitais como ferramentas de apoio à comunicação, educação em saúde e acompanhamento das mães.

Conclusão: A amamentação, enquanto ato universal, é profundamente moldada por fatores culturais e individuais. No contexto multicultural, a integração de cuidados especializados, com recurso a tecnologias digitais, representa uma oportunidade para ultrapassar barreiras, respeitar diversidades e garantir uma experiência de amamentação mais plena, gratificante e bem-sucedida. A articulação entre mitos, cultura e inovação tecnológica revela-se, assim, essencial para promover a saúde materno-infantil e reforçar a equidade nos cuidados.

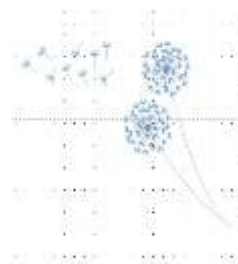
Referências bibliográficas:

1. Lopes, A. C., & Lousada, M. (2024). Breastfeeding knowledge, attitudes, beliefs and practices of refugee, migrant and asylum seeker women in Portugal. *BMC Public Health*, 24, Article 394. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17849-8>
2. Silva Oliveira, A. C., Cortez, E. N., da Cruz Costa, I. A., Medeiros, I. C. B., & Modesto, M. C. C. (2021). The nursing professional's role in breastfeeding: An integrative literature review. *Research, Society and Development*, 10(14), e23101421279. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21279>
3. Ziebart, M., Kammermeier, M., Patro-Golab, B., & Koletzko, B. (2025). Mobile applications for promoting and supporting breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13733>

4. Brzezinski, L., Mimm, N., & Porter, S. (2018). Pediatric nurse practitioner barriers to supporting breastfeeding by mothers and infants. *The Journal of Perinatal Education*, 27(4), 207–219. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.4.207>
5. Dienelt, K., Moores, C. J., Miller, J., & Mehta, K. (2020). An investigation into the use of infant feeding tracker apps by breastfeeding mothers. *Health Informatics Journal*, 26(3), 1672–1683. <https://doi.org/10.1177/1460458219888402>
6. Lisi, C., Teixeira, C., Al Hamwi, S., Rodrigues, C., Lopes, S., & Barros, H. (2020). Marketing of breastmilk substitutes and early breastfeeding practices among native and migrant women. *EPIUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto*. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19822/1/Marketing%20and%20Breastfeeding.pdf>



Semana do
Aleitamento Materno
29 de setembro a 2 de outubro



Mitos, Cultura e Tecnologias na Amamentação

Autoras:
Enfermeira ESIP e aluna de MESIP

Índice

1. Introdução
2. Cultura, mitos e tradições na Amamentação
3. Tecnologias digitais
4. Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP)
5. Conclusão
6. Referências Bibliográficas



1. Introdução

Nos últimos anos, **Portugal tem acolhido** um número crescente de **mulheres migrantes**, com uma **bagagem cultural única** que influencia profundamente a forma como vivenciam a maternidade e o processo de amamentação.

As **tecnologias digitais surgem como instrumentos fundamentais no apoio a estas mães**, ajudando-as a superar barreiras linguísticas, facilitando o acesso à informação referente à amamentação, promovendo a ligação entre pares e serviços de saúde.

O **Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica** desempenha um **papel essencial** neste percurso, oferecendo um **acompanhamento empático e culturalmente sensível**, que contribui para uma **experiência de amamentação mais positiva e bem-sucedida**.



2. Cultura, mitos e tradições na Amamentação

% de Imigrantes		Prática Cultural Marcante	Portugal
Brasil	35,3%	*Leite fraco", chás e restrição alimentar.	Parcialmente
Angola	5,3%	Leite como remédio e tabu sexual.	Não
Cabo Verde	4,7%	"Leite fraco", chás/água precoce.	Sim
Reino Unido	4,5%	Pressão social para desmame, LA valorizado.	Parcialmente
Índia/Bangladesh	4,2%	Eliminação do colostro, rituais.	Não
Itália	3,5%	Suplementos como água/chá.	Sim
Guiné Bissau	3,1%	Amamentação prolongada (≥ 2), naturalizada e aceite em público, sustentada por tradição e necessidade.	Parcialmente
Nepal	2,9%	Rituais e eliminação do colostro.	Não
China	2,7%	Confinamento pós-parto, valorização do LM, mas uso crescente de LA nas áreas urbanas.	Não
França	2,6%	Aleitamento como escolha pessoal, perda de liberdade, mas menor pressão social.	Parcialmente
São Tomé e Príncipe	2,5%	Amamentação prolongada (≥ 2) naturalizada e socialmente aceite, tanto em casa como em público.	Parcialmente

Fonte: Relatório de Migrações e Asilo 2023 (AIMA/SEF)

3. Tecnologias Digitais

Tecnologias digitais	Características	App
Apps de Monitorização	Registo e apoio nas mamadas e outros cuidados ao bebé, facilitando organização da amamentação	Baby Feed Timer
	Registo da rotina do bebé: alimentação, sono, fraldas e crescimento	Feed Baby
Grupos de apoio online	Grupos criados nas plataformas online com objetivo de fornecer suporte parental, desmistificação de mitos, partilha de experiências e informação de apoio à amamentação.	Redes sociais, Blogs, Fóruns
Páginas digitais	Protocolos clínicos, normas e diretrizes, no âmbito da promoção da saúde, baseados em evidências científicas, publicados em páginas oficiais e institucionais.	Serviço Nacional de Saúde
		Direção Geral de Saúde
		Sociedade Portuguesa de Pediatria
		OMS
		UNICEF

3. Tecnologias Digitais

Tecnologias Digitais	Características	App
Recursos digitais de tradução	Permite interpretação/tradução em tempo real num contexto clínico.	Mabel AI
	Facilita comunicação entre enfermeiro e utentes em contexto clínico; Traduz 8 línguas incluindo árabe, russo, romeno.	UniversalNurse Speaker
	Permite tradução de várias línguas.	Microsoft Translator (phrasebook) Google Translate (Live Conversation)
	Disponibiliza 69 idiomas, destinado a interlocutores que necessitam de comunicar com estrangeiros e entidades portuguesas.	Serviço de Tradução Telefónica para migrantes - AIMA
Folhetos digitais, vídeos, e-books ou workshops	Material digital com informação de apoio à amamentação.	
Apps de Apoio à Amamentação	Responde a dúvidas de amamentação e maternidade mediante dados inseridos; versões para profissionais de saúde.	LactApp
	Guia completo com respostas e conselhos de especialistas, inclusive regresso ao trabalho.	Breastfeeding Central
	Avalia de forma segura, a compatibilidade de medicamentos, plantas, alimentos e outros produtos com a amamentação.	e-lactancia

4. Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

- **Suporte especializado em amamentação**
UCC: Cursos de Apoio à Parentalidade, Apoio à Amamentação, Consultas Domiciliária;
- **Aprendizagem sobre multiculturalidade** na amamentação;
- **Sensibilidade às crenças culturais**;
- **Desconstruir preconceitos e mitos culturais**;
- **Informação sobre políticas de trabalho / maternidade**;
- **Informação com linguagem clara e acessível**;
- **Suporte emocional**;
- **Relação cuidada e empática**, respeitando a mulher;
- ...



5. Conclusão

A **amamentação é universal**, mas marcada por culturas e mitos.

As **tecnologias**, como aplicações móveis e plataformas digitais ao dispor das mães, assumem-se como **ferramentas importantes** para disponibilizar **informação sobre a amamentação** em várias línguas, apoiar a comunicação com profissionais de saúde e criar redes de suporte acessíveis e eficazes.

Os **Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica**, devem ser capazes de realizar uma escuta ativa, respeitar as diferenças culturais, crenças e tradições, desmistificar mitos, promover **práticas baseadas na evidência científica** e garantir que todas as mães possam **amamentar com liberdade, dignidade e sucesso**.



6. Referências Bibliográficas

1. Lopes, A. C., & Lousada, M. (2024). Breastfeeding knowledge, attitudes, beliefs and practices of refugee, migrant and asylum seeker women in Portugal. *BMC Public Health*, 24, Article 394. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17849-8>
2. Silva Oliveira, A. C., Cortez, E. N., da Cruz Costa, I. A., Medeiros, I. C. B., & Modesto, M. C. C. (2021). The nursing professional's role in breastfeeding: An integrative literature review. *Research, Society and Development*, 10(14), e23101421279. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21279>
3. Ziebart, M., Kammermeier, M., Patro-Golab, B., & Koletzko, B. (2025). Mobile applications for promoting and supporting breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13733>
4. Brazinski, L., Mimm, N., & Porter, S. (2018). Pediatric nurse practitioner barriers to supporting breastfeeding by mothers and infants. *The Journal of Perinatal Education*, 27(4), 207–219. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.4.207>
5. Dienelt, K., Moores, C. J., Miller, J., & Mehta, K. (2020). An investigation into the use of infant feeding tracker apps by breastfeeding mothers. *Health Informatics Journal*, 26(3), 1672–1683. <https://doi.org/10.1177/1460458219888402>
6. Lisi, C., Teixeira, C., Al Hamwi, S., Rodrigues, C., Lopes, S., & Barros, H. (2020). Marketing of breastmilk substitutes and early breastfeeding practices among native and migrant women. *EPIUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto*. <https://bibliotesadigital.ips.upp.pt/bitstream/10156/15822/1/Marketing%20mds%20breastfeeding.pdf>
7. WHO & UNICEF. (2023). Global Breastfeeding Scorecard 2023: Tracking Progress for Optimal Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074720>
8. UNICEF. (2021). Infant and Young Child Feeding: Global Database. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
9. Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau (INE) & ICF. (2019). Inquérito Demográfico e de Saúde 2018. Bissau: INE/ICF.
10. Instituto Nacional de Estatística (STP) & UNICEF. (2019). Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS 2019). São Tomé: INE.
11. Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). Inquérito Nacional sobre Aleitamento Materno 2022. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/>
12. Relvas, M., et al. (2021). "Breastfeeding in Portugal: Current Trends and Challenges." *Acta Médica Portuguesa*, 34(9), 604–612.
13. WHO & UNICEF. (2023). Global Breastfeeding Scorecard 2023: Tracking progress for optimal infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization.



APÊNDICE V- Resumo e Poster: "Multiculturalidade e Risco de Maus-Tratos Parentais: O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica"

“Multiculturalidade e Risco de Maus-Tratos Parentais: O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”

Autoras: Enfermeiras EEESIP da UCC e aluna MESIP

Introdução: A multiculturalidade da sociedade portuguesa reflete-se nas famílias emigrantes que trazem consigo valores, práticas e crenças profundamente enraizadas na sua cultura de origem. Contudo, o processo de adaptação à nova realidade social e económica em Portugal pode gerar stress migratório, isolamento e dificuldades de integração, fatores que influenciam a dinâmica familiar e o exercício da parentalidade. Com este poster pretende-se refletir nas boas práticas inerentes ao tema, compreender a influência da multiculturalidade na parentalidade das famílias emigrantes em Portugal e os riscos associados de negligência e maus-tratos infantis; identificar os principais fatores de vulnerabilidade destas famílias e evidenciar o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na deteção precoce de situações de risco e numa prática de enfermagem promotora da proteção e do bem-estar infantil.

Resultados: Em alguns casos, práticas educativas ou disciplinares consideradas “aceitáveis” no país de origem podem ser vistas, no contexto português, como formas de negligência ou maus-tratos, colocando as crianças e adolescentes em situação de risco. A sobrecarga emocional dos pais, a instabilidade laboral, a barreira linguística e o afastamento das redes de apoio contribuem para o aumento da vulnerabilidade infantil e dificultam a procura de ajuda junto dos serviços de saúde e proteção.

Discussão: Neste cenário, o EEESIP desempenha um papel determinante na deteção precoce de sinais de risco e na mediação intercultural entre a família e as instituições. A sua atuação deve basear-se numa comunicação empática e culturalmente sensível, promovendo o diálogo e o respeito pelas diferenças, mas garantindo sempre a prioridade do superior interesse da criança.

Conclusão: O EEESIP é, assim, um agente de proteção e inclusão, capaz de reconhecer a influência das práticas culturais na parentalidade, apoiar os pais no processo de adaptação e

Palavras-chave: Multiculturalidade, Enfermagem Pediátrica, Parentalidade Migrante, Maus-Tratos, Negligência, Adaptação Cultural

[illegible]

APÊNDICE VI- Resumo e Poster: "Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais"

Resumo

Título: *“Redução do stress e da ansiedade parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: revisão integrativa da literatura”*

Autores: Joana Gisela Martins da Silva Cunha (1), Constança Festas (2,3)

(1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante de Mestrado em Enfermagem

(2) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto)

(3) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Introdução: O internamento de um recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) constitui uma experiência potencialmente traumática para os pais, frequentemente associada a elevados níveis de stress, ansiedade e comprometimento do papel parental. A separação precoce, a incerteza clínica e o ambiente altamente tecnológico podem dificultar a adaptação à parentalidade. Neste contexto, os enfermeiros das UCIN assumem um papel determinante na implementação de intervenções que promovam a adaptação parental e minimizem o impacto psicológico da hospitalização.

Objetivos: Identificar intervenções de enfermagem utilizadas na redução do stress e da ansiedade parental durante o internamento do recém-nascido na UCIN e caracterizar aquelas que demonstram maior eficácia.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura de acordo com o referencial metodológico do Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa bibliográfica foi conduzida entre janeiro e fevereiro nas bases de dados PubMed, CINAHL e Web of Science, utilizando descritores MeSH e DeCS combinados com operadores booleanos. Foram incluídos estudos primários publicados em português ou inglês que abordassem intervenções de enfermagem dirigidas a pais de recém-nascidos internados em UCIN. A qualidade metodológica foi avaliada através das checklists de avaliação crítica do JBI e os dados foram sintetizados por análise narrativa.

Resultados: A pesquisa inicial identificou 186 artigos. Após remoção de duplicados e triagem por título e resumo, foram selecionados 11 estudos para análise, com diferentes desenhos metodológicos, incluindo ensaios clínicos randomizados, estudos quase experimentais, qualitativos e estudos pré-pós intervenção. A análise da evidência permitiu responder ao primeiro objetivo da revisão, identificando seis categorias principais de intervenções de enfermagem dirigidas à redução do stress e da ansiedade parental durante o internamento em UCIN: programas de empoderamento parental (n=4), intervenções educativas estruturadas (n=3), modelos de cuidados centrados na família com participação parental (n=3), suporte familiar direcionado (n=1), tecnologias de aproximação parental, como sistemas de visualização remota do recém nascido (n=1), e suporte emocional e informacional prestado pelos enfermeiros (n=2). Relativamente ao segundo objetivo, verificou-se que os programas de empoderamento parental demonstraram redução consistente do stress parental e aumento da competência parental. As intervenções educativas estruturadas evidenciaram diminuição da ansiedade e maior autoeficácia parental. Os modelos de cuidados centrados na família promoveram a integração dos pais nos cuidados e na tomada de decisão, contribuindo para a redução do stress e melhoria da comunicação com a equipa de saúde. Outras intervenções, como o suporte familiar direcionado, o recurso a tecnologias de aproximação parental e o apoio emocional e informacional prestado pelos enfermeiros, também demonstraram impacto positivo no bem-estar parental. De forma global, a síntese da evidência indica que as intervenções que promovem maior envolvimento e participação parental apresentam o impacto mais consistente na redução do stress e da ansiedade durante o internamento em UCIN.

Conclusão: A eficácia das intervenções de enfermagem relaciona-se com o grau de participação parental promovido. Estratégias que integrem os pais como parceiros ativos no cuidado ao recém-nascido devem constituir uma prioridade na prática de enfermagem na UCIN, contribuindo para a humanização dos cuidados e para melhores resultados familiares e neonatais.

Palavras-chave: UCIN; stress parental; ansiedade parental; enfermagem neonatal; cuidados centrados na família; empoderamento parental.

Referências 1. SALEH, Seham El-Sayed; EL-ASHRY, Ayman Mohamed; ABOHADIDA, Rasha Mohamed; et al. Effect of nurse-led creating opportunities for parent empowerment program on mother–infant interaction, sense of competence and mental health outcome: a

randomized control trial. Journal of Neonatal Nursing. 2025, 31, 101713. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101713>

2. YILMAZ, Merve; KÜÇÜK ALEMDAR, Dilek. The effect of supportive nursing interventions on reducing stress levels of mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. Journal of Pediatric Nursing. 2021, 57, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.001>

3. LIU, Y.; et al. Effects of family participatory nursing on clinical outcomes of premature infants and parental psychological status. Contrast Media & Molecular Imaging. 2022, 2022, 4294932. <https://doi.org/10.1155/2022/4294932>

4. SAUGY, Caroline; et al. Family-centred care rounds in a neonatal intensive care setting: an implementation study. Nursing in Critical Care. 2025. <https://doi.org/10.1111/nicc.13118>

5. ÅBERG-PETERSSON, Anna; et al. Parents’ experiences of family health conversations after having a preterm infant cared for in a neonatal intensive care unit. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2021, 35(3), 816–824. <https://doi.org/10.1111/scs.12913>

Abstract:

Title: “*Reducing parental stress and anxiety in the Neonatal Intensive Care Unit: integrative literature review*”

Authors: Joana Gisela Martins da Silva Cunha (1), Constança Festas (2,3)

(1) Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), Master’s Student in Nursing

(2) Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing

(3) Universidade Católica Portuguesa, Interdisciplinary Health Research Center (Porto)

Introduction: Hospitalization of a newborn in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) represents a potentially traumatic experience for parents, frequently associated with high levels of stress, anxiety, and disruption of the parental role. Early separation, clinical uncertainty, and the highly technological environment may hinder adaptation to parenthood. In this context, NICU nurses play a crucial role in implementing interventions that promote parental adaptation and minimize the psychological impact of hospitalization.

Objectives: To identify nursing interventions used to reduce parental stress and anxiety during a newborn's hospitalization in the NICU and to characterize those demonstrating greater effectiveness.

Methodology: An integrative literature review was conducted according to the methodological framework of the Joanna Briggs Institute (JBI). The literature search was carried out between January and February in the PubMed, CINAHL, and Web of Science databases, using MeSH and DeCS descriptors combined with Boolean operators. Primary studies published in Portuguese or English addressing nursing interventions directed at parents of newborns hospitalized in NICUs were included. The methodological quality of the selected studies was assessed using JBI critical appraisal checklists, and the data were synthesized through narrative analysis.

Results: The initial search identified 186 articles. After removing duplicates and screening titles and abstracts, 11 studies were selected for analysis, presenting different methodological designs, including randomized controlled trials, quasi-experimental studies, qualitative studies, and pre-post intervention studies. The analysis of the evidence allowed the first objective of the review to be addressed by identifying six main categories of nursing interventions aimed at reducing parental stress and anxiety during NICU hospitalization: parental empowerment programs (n=4), structured educational interventions (n=3), family-centered care models with parental participation (n=3), targeted family support (n=1), parental connection technologies such as remote visualization systems of the newborn (n=1), and emotional and informational support provided by nurses (n=2). Regarding the second objective, which consisted of characterizing the most effective interventions, parental empowerment programs demonstrated consistent reductions in parental stress and improvements in parental competence. Structured educational interventions showed reductions in anxiety and increased parental self-efficacy. Family centered care models promoted parental integration in care and clinical decision-making, contributing to reduced stress and improved communication with the healthcare team. Other interventions, such as targeted family support, the use of parental connection technologies, and emotional and informational support provided by nurses, also demonstrated positive effects on parental well-being. Overall, the synthesis of evidence indicates that interventions promoting greater parental involvement and participation in care show the most consistent impact on reducing parental stress and anxiety during NICU hospitalization.

Conclusion: The effectiveness of nursing interventions is closely related to the level of parental participation promoted. Strategies that integrate parents as active partners in newborn care should be prioritized in NICU nursing practice, contributing to the humanization of care and to improved family and neonatal outcomes. Keywords: NICU; parental stress; parental anxiety; neonatal nursing; family-centered care; parental empowerment.

References:

1. SALEH, Seham El-Sayed; EL-ASHRY, Ayman Mohamed; ABOHADIDA, Rasha Mohamed; et al. Effect of nurse-led creating opportunities for parent empowerment program on mother–infant interaction, sense of competence and mental health outcome: a randomized control trial. *Journal of Neonatal Nursing*. 2025, 31, 101713. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101713>
2. YILMAZ, Merve; KÜÇÜK ALEMDAR, Dilek. The effect of supportive nursing interventions on reducing stress levels of mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021, 57, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.001>
3. LIU, Y.; et al. Effects of family participatory nursing on clinical outcomes of premature infants and parental psychological status. *Contrast Media & Molecular Imaging*. 2022, 2022, 4294932. <https://doi.org/10.1155/2022/4294932>
4. SAUGY, Caroline; et al. Family-centred care rounds in a neonatal intensive care setting: an implementation study. *Nursing in Critical Care*. 2025. <https://doi.org/10.1111/nicc.13118>
5. ÅBERG-PETERSSON, Anna; et al. Parents’ experiences of family health conversations after having a preterm infant cared for in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2021, 35(3), 816–824. <https://doi.org/10.1111/scs.12913>

Redução do Stress e da Ansiedade Parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão Integrativa da Literatura

Autores

Joana Gisela Martins da Silva Cunha¹ | Constança Festas^{2,3}

¹ Estudante de Mestrado em Enfermagem – Universidade Católica Portuguesa; ² Escola de Enfermagem – Universidade Católica Portuguesa; ³ Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

INTRODUÇÃO:

- UCIN- experiência altamente stressante
- Ansiedade, incerteza e separação
- Enfermeiro com papel central

OBJETIVOS:

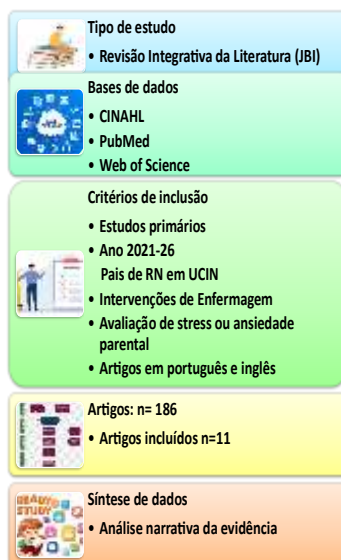
OBJETIVO GERAL:

- Identificar intervenções de enfermagem usadas na redução do stress e da ansiedade parental

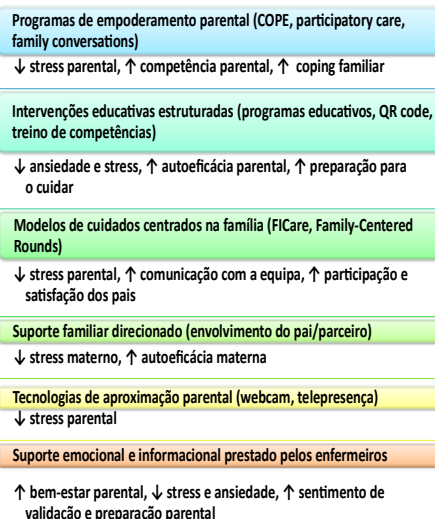
OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Caracterizar as intervenções que demonstram maior eficácia

METODOLOGIA:



RESULTADOS: Identificadas seis categorias principais de intervenções de enfermagem:



CONCLUSÃO:

- Intervenções centradas na participação ativa dos pais demonstram maior eficácia
- O suporte emocional e a comunicação são determinantes
- Reforça-se a importância dos cuidados centrados na família na UCIN

QR Code para referências



APÊNDICE VII- Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde “Desenvolvimento e atividades lúdicas no 1º ano de vida”



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde no Contexto de Cuidados de Saúde Primários-UCC

“Desenvolvimento e atividades lúdicas no 1º ano de vida”

Estudante: Joana Gisela Martins da Silva Cunha

Sob orientação de: Prof. Dra. Constança Festas

Porto, novembro de 2025

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO	205
2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	207
2.1- O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO 1º ANO DE VIDA	207
2.2-A BRINCADEIRA COMO FERRAMENTA PROMOTORA DO DESENVOLVIMENTO	208
2.3-O PAPEL DO CUIDADOR COMO FERRAMENTA PROMOTORA DO DESENVOLVIMENTO	208
3- PLANEAMENTO DA SESSÃO	211
3.1-OBJETIVOS	211
3.2- POPULAÇÃO ALVO	212
3.3 RECURSOS	212
3.4-METODOLOGIA	213
3.5- AVALIAÇÃO	214
4-CONCLUSÃO	216
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	217
APÊNDICE I-“DESENVOLVIMENTO E ATIVIDADES LÚDICAS NO 1ºANO”	218

1-Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano de estudos do 18.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto. No contexto de estágio em cuidados de saúde primários, realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), foi identificada, em conjunto com a Enfermeira Tutora, a necessidade de reformular uma das sessões educativas incluídas no Programa de Apoio à Parentalidade, especificamente no módulo dedicado ao período pós-natal.

A sessão “Desenvolvimento e atividades lúdicas no 1.º ano de vida” tem como principal objetivo promover competências parentais que favoreçam práticas de estimulação adequadas e contribuam para o desenvolvimento saudável da criança. O primeiro ano de vida constitui uma fase crítica de crescimento sensorial, físico, emocional cognitivo, durante a qual a qualidade das interações familiares desempenha um papel determinante no desenvolvimento global (Shonkoff & Phillips, 2000). Neste sentido, a promoção de um ambiente seguro e enriquecido é essencial para potenciar as aprendizagens e o bem-estar infantil (Papalia & Feldman, 2012).

A literatura evidencia que a brincadeira é uma ferramenta central de desenvolvimento sensorial, físico, emocional e cognitivo, funcionando como oportunidade de aprendizagem e de fortalecimento dos laços afetivos entre cuidadores e criança (Vygotsky, 1978; Ginsburg, 2007). Assim, através de metodologias descritivas e demonstrações práticas, esta sessão pretende capacitar os pais para reconhecerem o papel da brincadeira estruturada e espontânea durante o primeiro ano de vida, compreendendo como diferentes atividades lúdicas contribuem para aquisições importantes, como a comunicação precoce, a coordenação motora, a regulação emocional e a interação social.

Simultaneamente, esta formação visa promover práticas parentais ajustadas, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2007). A realização desta sessão constitui igualmente uma oportunidade para o desenvolvimento de competências profissionais no domínio da promoção da saúde, particularmente no planeamento, implementação e avaliação de intervenções educativas dirigidas à família. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica desempenha um papel fundamental

enquanto educador para a parentalidade, mediador entre a família e os serviços de saúde e agente facilitador de práticas promotoras do desenvolvimento infantil (WHO, 2007).

O trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro corresponde à presente introdução, onde se apresenta o enquadramento da problemática e a pertinência da sessão no contexto da UCC. O segundo capítulo integra o enquadramento teórico, reunindo evidência científica sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida e a importância das atividades lúdicas como estímulo ao desenvolvimento. O terceiro capítulo descreve o planeamento da sessão educativa, incluindo objetivos, metodologia, recursos e estratégias de avaliação. Por fim, o quarto capítulo apresenta a conclusão, seguida das referências bibliográficas e dos apêndices que complementam e sustentam o trabalho desenvolvido.

Com esta sessão formativa, pretende-se dar resposta a necessidades identificadas no apoio à parentalidade em cuidados de saúde primários, reforçando o papel do enfermeiro enquanto agente promotor de práticas parentais positivas e de ambientes familiares que favoreçam o desenvolvimento integral e harmonioso da criança.

2-Enquadramento Teórico

2.1 O desenvolvimento infantil no 1.º ano de vida

O primeiro ano de vida caracteriza-se por um crescimento rápido e por aquisições fundamentais ao nível físico, cognitivo, sensorial e emocional. Segundo Shonkoff e Phillips (2000), esta fase representa um período crítico de neurodesenvolvimento, marcado por intensa formação de conexões sinápticas e elevada plasticidade cerebral, o que torna o ambiente familiar e a qualidade das interações fatores determinantes para o desenvolvimento saudável.

Do ponto de vista motor, os bebés evoluem de movimentos reflexos para conquistas progressivas, como o controlo cefálico, a rotação, o sentar, o gatinhar e, posteriormente, a marcha apoiada, que dependem de estimulação adequada e oportunidades de movimento livre (Papalia & Feldman, 2012). No domínio cognitivo, começam a explorar relações causa-efeito, a desenvolver permanência do objeto e a utilizar estratégias simples de resolução de problemas, de acordo com os estádios sensório-motores descritos por Piaget (1970).

A nível emocional, a construção do vínculo seguro e a reciprocidade dos cuidados são essenciais para a regulação emocional, para o estabelecimento da confiança básica e para o desenvolvimento das competências sociais iniciais (Bowlby, 1988). A comunicação não verbal, o balbucio, o sorriso social e as vocalizações direcionadas demonstram que o bebé está progressivamente mais envolvido com o ambiente, encontrando-se recetivo às interações humanas que favorecem a aprendizagem e o bem-estar. Assim, o desenvolvimento no primeiro ano de vida resulta da interação entre fatores biológicos e ambientais, sendo altamente influenciado pelas práticas parentais, pela qualidade das relações afetivas e pela presença de estímulos adequados (WHO, 2007).

2.2. A brincadeira como ferramenta promotora do desenvolvimento

A brincadeira constitui uma atividade central na infância e assume, desde cedo, um papel fundamental no desenvolvimento global da criança. De acordo com Vygotsky (1978), o brincar promove a construção ativa de conhecimento, favorece a emergência da linguagem, estimula a imaginação e facilita a aprendizagem social, permitindo que a criança se desenvolva dentro da sua zona de desenvolvimento proximal com o apoio dos cuidadores.

Do ponto de vista cognitivo e motor, o brincar proporciona experiências sensoriais e motoras que apoiam a coordenação corporal, a percepção espacial e a exploração ativa do ambiente (Ginsburg, 2007). Brinquedos simples, como chocalhos, cubos, livros de tecido ou objetos do cotidiano, ajudam o bebê a desenvolver atenção conjunta, causa-efeito, manipulação fina e curiosidade natural.

No plano emocional, a brincadeira promove a expressão de emoções, a relação afetiva e a comunicação precoce. Jogos de imitação, contacto visual, brincadeiras de esconder e interações vocais facilitam o desenvolvimento da reciprocidade social e da relação cuidador-criança (Shonkoff & Phillips, 2000). Estes momentos são essenciais para fortalecer o vínculo, reforçar a sensação de segurança e promover a autorregulação emocional.

A literatura evidencia que a brincadeira livre e exploratória é tão importante quanto a brincadeira estruturada, uma vez que permite que a criança experimente, descubra e desenvolva competências ao seu próprio ritmo (Ginsburg, 2007). Por isso, ambientes ricos em estímulos sensoriais, seguros e que incentivem o movimento e a curiosidade são determinantes para o desenvolvimento harmonioso durante o primeiro ano de vida.

2.3. O papel do cuidador na promoção do desenvolvimento e do brincar

O cuidador tem um papel central na facilitação do desenvolvimento infantil, atuando como figura de referência, modelo e mediador das experiências da criança (Bowlby, 1988). A capacidade de reconhecer, interpretar e responder de forma adequada aos sinais do bebê — é identificada como um dos maiores preditores de desenvolvimento emocional saudável (Shonkoff & Phillips, 2000).

Durante o primeiro ano de vida, os cuidadores desempenham funções essenciais, tais como:

- Oferecer oportunidades seguras de exploração e movimento, promovendo desenvolvimento motor saudável (Papalia & Feldman, 2012).
- Participar ativamente nas brincadeiras, ajustando a estimulação ao nível de desenvolvimento.
- Modelar comportamentos comunicativos, reforçando a linguagem através de vocalizações, leitura, canções e interação face-a-face.
- Adaptar o ambiente, permitindo que a criança explore texturas, sons, cores e objetos diversificados.
- Criar rotinas estáveis, fundamentais para o bem-estar emocional, sono adequado e segurança psicológica (WHO, 2007).

A formação parental é, por isso, um recurso fundamental para apoiar as famílias na compreensão do desenvolvimento e na implementação de práticas de estimulação lúdica que reforcem o vínculo e promovam a aprendizagem.

2.4. A importância das intervenções educativas dirigidas à parentalidade

As intervenções educativas para pais, especialmente no período pós-natal, demonstram eficácia na melhoria das competências parentais, na promoção do vínculo seguro e na prevenção de dificuldades no desenvolvimento (WHO, 2007). A educação parental baseada em evidência permite:

- aumentar a literacia dos cuidadores sobre desenvolvimento infantil;
- corrigir concepções erradas ou práticas inadequadas;
- incentivar o uso da brincadeira como ferramenta educativa;
- reforçar a confiança dos cuidadores no seu papel;
- e favorecer ambientes familiares mais estimulantes e afetivos.

As formações que incluem demonstrações práticas de brincadeiras, momentos de interação e discussão participativa são particularmente valorizadas por promoverem aprendizagem significativa e aplicável ao cotidiano (Ginsburg, 2007; Vygotsky, 1978).

Assim, a sessão “Desenvolvimento e atividades lúdicas no 1.º ano de vida” insere-se nas recomendações internacionais de apoio à parentalidade e contribui para o fortalecimento das competências familiares e para a promoção do desenvolvimento infantil saudável.

3. Planeamento da Sessão

Tendo em vista uma organização estruturada, intencional e coerente da intervenção educativa, procedeu-se à elaboração de um plano de sessão detalhado, concebido como instrumento orientador de todo o processo de planeamento, implementação e avaliação da atividade formativa. Este plano permitiu sistematizar as diferentes etapas da sessão, clarificando os objetivos a atingir, a caracterização da população-alvo, os recursos necessários, as metodologias pedagógicas a utilizar e as estratégias de avaliação previstas.

A estruturação deste plano revelou-se essencial para garantir a coerência entre as finalidades educativas e as necessidades identificadas junto das famílias acompanhadas pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Assim, o plano da sessão intitulada “Desenvolvimento e atividades lúdicas no 1.º ano de vida” constituiu-se como uma ferramenta indispensável para orientar a prática pedagógica, promovendo um processo de ensino-aprendizagem significativo, fundamentado nas evidências científicas sobre desenvolvimento infantil e no papel da brincadeira como estímulo global à criança.

3.1. Objetivos

Objetivo Geral:

- Promover o conhecimento dos cuidadores sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida e capacitá-los para utilizarem atividades lúdicas como ferramenta de estimulação adequada, favorecendo o desenvolvimento motor, cognitivo, social e emocional da criança.

Objetivos Específicos:

- Compreender os principais marcos do desenvolvimento infantil no 1.º ano de vida (físico, cognitivo, sensorial, emocional).
- Reconhecer a importância da interação afetiva, da responsividade parental e do ambiente estimulante para o desenvolvimento saudável.

- Identificar tipos de brincadeiras adequadas aos diferentes momentos do primeiro ano de vida
- Aplicar estratégias simples de estimulação através de atividades lúdicas no contexto familiar.

3.2. População-Alvo

A sessão é dirigida a pais e outros cuidadores de bebés até 12 meses, acompanhados pela Unidade de Cuidados na Comunidade, no âmbito do Programa de Apoio à Parentalidade.

A escolha deste público decorre da necessidade identificada durante o acompanhamento pós-natal, onde muitos cuidadores demonstraram dúvidas relacionadas com:

- compreensão do desenvolvimento infantil;
- estimulação adequada em casa;
- uso da brincadeira como ferramenta educativa;
- promoção de vínculo seguro

Trata-se de um grupo heterogéneo, com diferentes níveis de literacia em saúde e de experiências prévias de parentalidade, o que justifica uma abordagem prática, clara e acessível.

3.3. Recursos

Recursos Humanos

- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. (Formadora)
- Enfermeira estagiária do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (Formadora)

Ambas responsáveis pela conceção, dinamização e avaliação da sessão.

Recursos Físicos e Materiais:

- Gabinete de saúde Infantil da UCC

- Computador com câmara para apresentação dos conteúdos.
- Kits de materiais lúdicos simples

Recursos Didáticos:

- Apresentação multimédia.
- Vídeos curtos demonstrativos de atividades lúdicas adaptadas ao 1.º ano de vida.

3.4. Metodologia

A metodologia adotada assenta em princípios de educação parental, privilegiando uma abordagem participativa, dinâmica e centrada na aprendizagem pela experiência. Foram articulados os métodos expositivo, demonstrativo e interativo, de forma a assegurar momentos de transmissão de conhecimento e discussão. A sessão será totalmente online

A sessão foi organizada da seguinte forma:

Formador: Joana Gisela Martins Da Silva Cunha (aluna MEEESIP)

Tema: Desenvolvimento Infantil e atividades lúdicas no 1º ano de vida

Grupo Alvo: Pais participantes no projeto de parentalidade pós-Natal da UCC

Data e Hora: 24 de novembro das 17h30 às 19h

Tipo de Formação: Online

Duração: 1h30

-Objetivo Geral: Promover o conhecimento dos cuidadores sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida e capacitá-los para utilizarem atividades lúdicas como ferramenta de estimulação adequada, favorecendo o desenvolvimento motor, cognitivo, social e emocional da criança.

-Objetivos Específicos:

- Compreender os principais marcos do desenvolvimento infantil no 1.º ano de vida (físico, cognitivo, sensorial, emocional).
- Reconhecer a importância da interação afetiva, da responsividade parental e do ambiente estimulante para o desenvolvimento saudável.

• Identificar tipos de brincadeiras adequadas aos diferentes momentos do primeiro ano de vida • Aplicar estratégias simples de estimulação através de atividades lúdicas no contexto familiar.		
Fase	Conteúdo	Metodologia
Introdução 10 min	• Apresentação • Contextualização e pertinência do tema • Objetivos	• Método expositivo com ferramenta Powerpoint
Desenvolvimento 60 min	• Breve abordagem do desenvolvimento • Identificação dos diferentes tipos de brincadeira como ferramentas essenciais ao desenvolvimento até ao primeiro ano de vida • Exemplificação de brincadeiras adequadas às diferentes faixas etárias	• Método expositivo com recurso à ferramenta Powerpoint • Demonstração de brinquedos e brincadeiras adequados às diferentes faixas etárias
Conclusão 20 min	• Resumo das principais ideias e espaço de discussão	• Discussão orientada e partilha de experiências

3.5. Avaliação

Face à metodologia aplicada nesta formação, a avaliação será realizada em duas fases distintas. Numa primeira fase, será efetuada imediatamente após o término da apresentação, pelas Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica da UCC, permitindo uma apreciação inicial da pertinência, clareza e adequação pedagógica da sessão. Numa segunda

fase, a avaliação será conduzida pelos pais participantes, através do questionário final do curso, aplicado na última sessão formativa do programa. Esta abordagem permite integrar tanto a perspectiva técnica das profissionais como a percepção dos cuidadores, garantindo uma avaliação abrangente e alinhada com os objetivos formativos.

4-Conclusão

A reformulação da sessão “Desenvolvimento e atividades lúdicas no 1.º ano de vida” permitiu reconhecer a importância das intervenções educativas dirigidas aos cuidadores como estratégia essencial na promoção do desenvolvimento infantil e no reforço das competências parentais. Partindo das necessidades identificadas no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), esta formação pretende ser um contributo relevante para diminuir dúvidas frequentemente manifestadas pelas famílias relativamente aos marcos de desenvolvimento, à estimulação adequada e ao papel da brincadeira no quotidiano do bebé. A revisão teórica realizada evidenciou de forma consistente que o primeiro ano de vida representa um período crítico para o crescimento físico, emocional, sensorial e cognitivo (Shonkoff & Phillips, 2000), no qual a qualidade das interações e a resposta dos cuidadores desempenham um papel estruturante (Bowlby, 1988). A brincadeira surge como um mediador privilegiado dessas interações, promovendo aprendizagens significativas e facilitando o desenvolvimento global da criança (Vygotsky, 1978; Ginsburg, 2007). Assim, a formação desenvolvida procurou articular o conhecimento científico com estratégias práticas, acessíveis e ajustadas ao contexto familiar, reforçando a importância da exploração livre, do afeto e da estimulação segura no dia a dia.

Do ponto de vista profissional, esta experiência pretende contribuir para o desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento, dinamização e avaliação de ações de educação para a saúde, competências centrais para o exercício do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. A possibilidade de integrar evidência científica atual, metodologias participativas e uma abordagem centrada na família reforça o valor destas iniciativas no contexto dos cuidados de saúde primários, onde a proximidade e a continuidade da relação com a comunidade são fundamentais.

Esta sessão pretende não apenas fortalecer o conhecimento e a confiança dos cuidadores, mas também consolidar o papel do enfermeiro enquanto agente facilitador de práticas parentais positivas e promotor do desenvolvimento saudável no primeiro ano de vida. A continuidade deste tipo de intervenções, sustentadas em evidência e adaptadas às reais necessidades das famílias, constitui um contributo essencial para a promoção da saúde infantil e para o reforço da literacia em saúde, alinhado com as recomendações internacionais (WHO, 2007) e com as boas práticas no apoio à parentalidade.

Referências bibliográficas

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182–191. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2697>

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2012). *Desenvolvimento humano* (12.^a ed.). McGraw-Hill.

Piaget, J. (1970). *Psychology and pedagogy*. Viking Press.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

World Health Organization. (2007). *Strengthening families and communities: Parenting programmes*. WHO Press.

APÊNDICE I- “DESENVOLVIMENTO INFANTIL E ATIVIDADES LÚDICAS NO 1º ANO DE VIDA”



Desenvolvimento Infantil

O desenvolvimento Infantil abrange vários domínios que se interligam entre si



Desenvolvimento Infantil e Atividades Lúdicas



Desenvolvimento

Brincar



Leitura



Música e Dança





Que brinquedos usar?



Utilizar...

- Seguros e resistentes;
- Adequados à idade da criança, às capacidades físicas e ao seu desenvolvimento mental e social;
- Apelativos e estimulantes, de acordo com a idade.



Evitar...

- Entregar brinquedos à criança sem ensinar como se usa;
- Brinquedos com sons muito alto ou luzes muito forte;
- Diversos brinquedos simultaneamente.

Podemos brincar... SEM BRINQUEDOS!

TEMPO DE BRINCAR



- Vozes;
- Sons;
- Mímica;
- Criar histórias / Faz-de-conta.

- Impor um brinquedo;
- Impor as regras do “mundo real”;
- Fazer muitas perguntas sobre o que a criança está a fazer;
- Entrar em competição com a criança.



Leitura

Alicerce para interpretar o mundo que rodeia a criança e a família !

Benefícios

Memória
Concentração
Imaginação
Autonomia
Aprendizagem
Raciocínio
Relaxar



Não tem hora
marcada!

Atividade em Família!

Cantinho da
Leitura!

• Formas de Leitura

✦ A forma como se lê, o contacto com os livros, a rotina de leitura e jogos com palavras desempenham um papel importante no processo de familiarização da criança com a leitura.



0- 5 meses



6- 12 meses



Tipos de Livros

0- 3 meses

Livros alto contraste



3- 6 meses

Livros pano e texturas



6-12 meses

Livros interativos



Música

Simples, Suave e com Ritmo.

- Promove estimulação sensorial diversificada
- Contribui para a atenção do bebé
- Ajuda no relaxamento do bebé
- Serve de iniciação à dança



Dança

Atividade multissensorial

- Fortalece a ligação entre cuidador e bebé;
- Estimula o desenvolvimento motor (permite capacidade de dominar o corpo ganhando progressivamente mais autonomia).
- Torna o bebé mais desinibido
- Diminui os episódios de choro
- Ajuda a combater a obesidade infantil



Dança



4 meses

Satisfação no movimento



9 meses

Manifestações de ritmo e mímica



10 meses

Movimentos Ritmicos

12 meses

Gosta de balançar e responde à música



Desenvolvimento Infantil

0-3 Meses



Reflexos primitivos presentes



Começa a emitir sons além do choro(aggg)



Visão Turva 20-30 cm de foco



Começa a desenvolver o controlo da cabeça



Reage aos sons e reconhece a voz da mãe



Sorriso social

Em casa... no Dia a Dia

0-3 Meses



Tummy Time 'hora da barriga'



- É um exercício crucial para o desenvolvimento motor, visual e sensorial do bebê.
- Cada bebê tem o seu tempo.
- Não é só no chão



Desenvolvimento Infantil

3-6 Meses



Começam a desaparecer os reflexos primitivos



Convergência ocular normaliza



Segue o objeto e volta-se em direção à fonte sonora



Movimentos de excitação em resposta a familiares



Segura objetos e move-os (sem coordenação)



Descobre mãos, coloca na boca, depois em frente cara e mais tarde brinca com elas

Em casa... no Dia a Dia

3-6 Meses



Em casa... no Dia a Dia

3-6 Meses



Atividades sensoriais para bebês de 3-5 meses



Desenvolvimento Infantil

6-9 Meses



Usa as mãos para alcançar um objeto



Presta atenção a qualquer som



Passa o objeto de uma mão para a outra
(coordenação mais adequada)



Dá gargalhadas e vocaliza monossílabos e dissílabos



Se o objeto cai, esquece-o imediatamente

Em casa... no Dia a Dia

6-9 Meses



Desenvolvimento Infantil

9-12 Meses



Agarra os objetos em pinça



Leva à boca os alimentos e mastiga-os



Aponta com o dedo e empurra objetos



Procura os objetos que caem



Repete várias sílabas ou sons dos adultos (dissílabas)



Distingue familiares de estranhos, reação negativa a estranhos



Em casa... no Dia a Dia

9-12 Meses



Em casa... no Dia a Dia

9-12 Meses



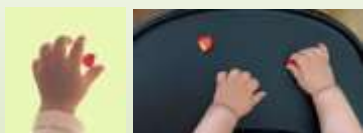
Em casa... no Dia a Dia

9-12 Meses



Desenvolvimento Infantil

12 Meses



Pinça fina perfeita



Bebe pelo copo



Interesse visual alarga-se ao exterior



Colabora a vestir



Demonstra afeto a familiares e solicita atenção do adulto de forma ativa



Procura objetos escondidos

Ajudar o bebé a andar...



Ajudar o bebé a andar...



APÊNDICE VIII- Formação para docentes e não docentes- Epilepsia “A epilepsia na escola- No caminho da inclusão”



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

**Formação para docentes e não docentes- Epilepsia
“A epilepsia na escola- No caminho da inclusão”**

**Estudante: Joana Gisela Martins Da Silva Cunha
Sob orientação de Profª Doutora Constança Festas**

Porto, dezembro de 2025

Índice de abreviaturas

DL – Decreto-Lei

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf.^a – Enfermeira

ILAE – *International League Against Epilepsy*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

QR code – *Quick Response Code*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO	237
2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	239
2.1-SAÚDE ESCOLAR E PLANO DE SAÚDE ESCOLAR	239
2.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE ESCOLAR	239
2.3 EPILEPSIA: CONCEITO E IMPACTO EM MEIO ESCOLAR	240
2.4 CRISES EPILÉTICAS - CLASSIFICAÇÃO E TIPOS	241
2.4.1 CRISES FOCAIS	241
2.4.2 CRISES GENERALIZADAS	241
2.4.3CRISES DE INICIO DESCONHECIDO	242
2.5 CONVULSÕES FEBRIS	242
2.6-IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DA COMUNIDADE EDUCATIVA	242
3.PLANEAMENTO DA SESSÃO EDUCATIVA	243
3.1. OBJETIVOS DA SESSÃO	243
3.2. POPULAÇÃO-ALVO	244
3.3. RECURSOS	244
3.3.1 RECURSOS HUMANOS	244
3.3.2 RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS	244
3.4. METODOLOGIA	245
3.5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	245
4- CONCLUSÃO	246
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	248
APÊNDICES	250

APÊNDICE I- PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA	251
APÊNDICE II QUESTIONÁRIO PRÉ-FORMAÇÃO	252
APÊNDICE III -QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA – “A EPILEPSIA NA ESCOLA- NO CAMINHO DA INCLUSÃO”	254
Apêndice IV- APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT	256

1-Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório*, integrada no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto. A sua realização insere-se no contexto do estágio em Saúde Escolar, desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), onde, numa das escolas da área de intervenção, foi identificada a necessidade de capacitar a comunidade escolar, nomeadamente o pessoal docente e não docente, na área da epilepsia.

Esta necessidade emergiu na sequência do diagnóstico de epilepsia numa criança a frequentar a instituição, evidenciando a importância de reforçar a literacia em saúde no meio escolar. Apesar de a epilepsia ser uma das doenças neurológicas crónicas mais frequentes em idade pediátrica, persistem lacunas de conhecimento e sentimentos de insegurança por parte dos profissionais escolares relativamente à resposta adequada a situações convulsivas, o que pode comprometer a segurança, o bem-estar e a inclusão da criança no contexto educativo (Fisher et al., 2014; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2023). De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar, a escola constitui um contexto privilegiado para a promoção da saúde e para a implementação de estratégias de capacitação da comunidade educativa, especialmente no que respeita à gestão de condições de saúde crónicas em idade escolar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Com vista a responder a esta problemática, foi desenvolvida a sessão educativa intitulada “*A Epilepsia na Escola – No Caminho da Inclusão!*”, cuja finalidade principal consistiu em dotar a comunidade educativa de conhecimentos atualizados sobre epilepsia e a sua gestão em contexto escolar, decidiu-se incluir nesta formação o tema das convulsões febris pela semelhança na apresentação clínica e na atuação. Pretendeu-se capacitar o pessoal docente e não docente para o reconhecimento dos diferentes tipos de crises epiléticas e para uma atuação fundamentada e segura, promovendo simultaneamente a inclusão, a participação e o bem-estar da criança. A opção por metodologias expositivas e participativas encontra suporte na evidência científica, ao favorecer a aquisição de conhecimentos, a clarificação de mitos e a redução do medo e do estigma frequentemente associados às crises epiléticas em meio escolar (Oliveira et al., 2020).

A implementação desta intervenção educativa constituiu, igualmente, uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências profissionais no domínio da promoção da saúde, nomeadamente ao nível do planeamento, implementação e avaliação de atividades educativas. Neste contexto, destaca-se o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica enquanto agente formador, promotor de práticas de saúde informadas e mediador entre a criança, a família, a escola e os serviços de saúde. A atuação do enfermeiro de saúde escolar encontra enquadramento no Programa Nacional de Saúde Escolar e nas orientações da Ordem dos Enfermeiros, assumindo particular relevância na capacitação da comunidade educativa e na gestão de situações clínicas em contexto escolar (DGS, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente relatório tem como objetivo descrever, fundamentar e analisar uma intervenção formativa dirigida à comunidade escolar sobre epilepsia, desenvolvida no âmbito do estágio em Saúde Escolar, evidenciando o contributo do enfermeiro especialista para a promoção da segurança e da inclusão da criança em contexto educativo, em consonância com os princípios da educação inclusiva consagrados no Decreto-Lei n.º 54/2018. Estruturalmente, o trabalho organiza-se em quatro capítulos. O primeiro corresponde à introdução, onde se contextualiza a problemática e se justifica a pertinência da intervenção. O segundo capítulo apresenta o enquadramento teórico da formação em epilepsia e convulsões febris em contexto escolar, no âmbito da Saúde Escolar e do Plano de Saúde Escolar. O terceiro capítulo descreve o planeamento da sessão educativa, incluindo os seus objetivos, metodologia, recursos e critérios de avaliação. Por fim, o quarto capítulo integra a conclusão, seguida das referências bibliográficas e dos apêndices que sustentam o trabalho desenvolvido

2. Enquadramento teórico

2.1. Saúde Escolar e Plano de Saúde Escolar

A promoção da saúde em meio escolar constitui um eixo estratégico das políticas públicas de saúde e educação, assumindo particular relevância durante a infância e adolescência, períodos determinantes para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. Em Portugal, a Saúde Escolar encontra-se enquadrada no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que tem como finalidade promover a saúde, prevenir a doença e contribuir para a criação de ambientes escolares seguros, inclusivos e promotores do sucesso educativo (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

O PNSE operacionaliza-se através do Plano de Saúde Escolar, um instrumento de planeamento em saúde que resulta da análise das necessidades da comunidade educativa e da definição de prioridades de intervenção. Este plano integra ações no âmbito da educação para a saúde, prevenção de acidentes e gestão de situações de saúde específicas, incluindo doenças crónicas que possam interferir com a segurança, o bem-estar e o percurso escolar da criança (DGS, 2015).

Neste contexto, as doenças neurológicas crónicas, como a epilepsia, bem como situações agudas frequentes na infância, como as convulsões febris, assumem particular relevância em meio escolar, justificando a implementação de estratégias formativas dirigidas à comunidade educativa, com vista à promoção da literacia em saúde e à capacitação para a resposta adequada a situações de emergência (Oliveira et al., 2020).

2.2. Papel do Enfermeiro de Saúde Escolar

O enfermeiro de saúde escolar desempenha um papel central na implementação do PNSE, intervindo na promoção da saúde, prevenção da doença, educação para a saúde e gestão de situações clínicas em contexto educativo. A sua atuação é particularmente relevante junto de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais ou doenças crónicas, assegurando a articulação entre a escola, a família e os serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No âmbito da epilepsia e das convulsões febris, o enfermeiro de saúde escolar assume funções fundamentais, nomeadamente:

- capacitação do pessoal docente e não docente para o reconhecimento e atuação adequada perante crises convulsivas;
- esclarecimento das diferenças entre epilepsia e convulsões febris, prevenindo interpretações erróneas e atitudes alarmistas;
- promoção de respostas seguras, baseadas na evidência científica;
- redução do medo, da ansiedade e do estigma associados aos episódios convulsivos em meio escolar.

Desta forma, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica afirma-se como agente privilegiado na promoção da segurança, inclusão e bem-estar da criança em contexto escolar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2.3. Epilepsia: conceito e impacto em meio escolar

A epilepsia é uma doença neurológica crónica caracterizada por uma predisposição duradoura do cérebro para gerar crises epiléticas, associada a consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Fisher et al., 2014). A crise epilética corresponde a uma manifestação clínica transitória resultante de atividade elétrica cerebral excessiva e síncrona.

De acordo com a International League Against Epilepsy (ILAE), o diagnóstico de epilepsia pode ser estabelecido quando ocorre pelo menos duas crises epiléticas não provocadas, separadas por mais de 24 horas, ou uma única crise não provocada associada a uma probabilidade elevada de recorrência, ou ainda quando é identificado um diagnóstico de síndrome epilética específica (Fisher et al., 2014).

A epilepsia é uma das doenças neurológicas crónicas mais frequentes na infância, estimando-se que afete cerca de 0,5 a 1% da população pediátrica, com maior incidência nos primeiros anos de vida e na adolescência (Thurman et al., 2017). Segundo a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 50 milhões de pessoas vivem com epilepsia em todo o mundo, sendo uma proporção significativa diagnosticada em idade pediátrica (OMS, 2023). Em Portugal, estima-se que entre 40 000 e 70 000 pessoas tenham epilepsia, o que corresponde a cerca de 1 em cada 200 indivíduos (Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, 2024).

Em contexto escolar, a epilepsia pode interferir no rendimento acadêmico, na integração social e no bem-estar emocional da criança. O desconhecimento da doença pode originar atitudes de medo, superproteção ou exclusão, condicionando a participação plena do aluno nas atividades escolares. Assim, a formação da comunidade educativa assume um papel determinante na promoção da inclusão e na redução do estigma associado à epilepsia (Oliveira et al., 2020).

2.4. Crises epiléticas: classificação e tipos

As crises epiléticas correspondem a manifestações clínicas transitórias resultantes de atividade elétrica cerebral excessiva e síncrona. A classificação atualmente proposta pela International League Against Epilepsy baseia-se no local de início da crise, distinguindo crises focais, generalizadas e de início desconhecido (ILAE, 2017).

2.4.1. Crises focais

As crises focais têm início numa área específica de um hemisfério cerebral e podem manifestar-se por sintomas motores, sensoriais, autonómicos ou alterações do estado de consciência. Em meio escolar, estas crises podem ser confundidas com comportamentos de distração ou desatenção, dificultando o seu reconhecimento precoce (Scheffer et al., 2017).

2.4.2. Crises generalizadas

As crises generalizadas envolvem ambos os hemisférios cerebrais desde o início e incluem crises de ausência, crises tónico-clónicas, crises mioclónicas e crises atónicas. Estas manifestações exigem que os profissionais escolares saibam reconhecer os sinais e adotar medidas de segurança adequadas, de forma a minimizar riscos e garantir a proteção da criança (ILAE, 2017).

2.4.3. Crises de início desconhecido

As crises de início desconhecido correspondem a episódios em que não é possível identificar o momento de início, frequentemente devido à ausência de observadores. Nestes casos, o registo e a comunicação adequados do episódio assumem particular relevância para a avaliação clínica e acompanhamento da criança (Scheffer et al., 2017).

2.5. Convulsões febris

As convulsões febris são eventos convulsivos associados à febre, ocorrendo habitualmente em crianças entre os 6 meses e os 5 anos de idade, na ausência de infeção do sistema nervoso central, distúrbios metabólicos ou história prévia de epilepsia (Shinnar & Glauser, 2002; DGS, 2019).

Apesar de geralmente benignas e autolimitadas, as convulsões febris podem gerar elevada ansiedade nos profissionais escolares, sobretudo em contextos de educação pré-escolar e primeiro ciclo. A sua correta distinção relativamente às crises epiléticas é essencial para evitar respostas inadequadas e alarmistas (Berg et al., 2012).

2.6. Importância da formação da comunidade educativa

A formação do pessoal docente e não docente constitui uma estratégia essencial do Plano de Saúde Escolar, permitindo aumentar a literacia em saúde, melhorar a resposta a situações de emergência e promover ambientes escolares seguros e inclusivos (DGS, 2015).

A capacitação da comunidade educativa em epilepsia e convulsões febris contribui para a redução do medo e do estigma associados às crises convulsivas, favorecendo a inclusão da criança e a adoção de práticas baseadas na evidência. Neste contexto, o enfermeiro de saúde escolar assume um papel determinante enquanto agente formador e facilitador da articulação entre a escola, a família e os serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3. Planeamento da sessão educativa

Com o objetivo de assegurar uma intervenção educativa estruturada, intencional e metodologicamente coerente, procedeu-se à elaboração de um plano de sessão pormenorizado, concebido como instrumento orientador das diferentes fases de planeamento, implementação e avaliação da atividade formativa. A utilização deste plano permitirá sistematizar os objetivos, definir a população-alvo, selecionar os recursos adequados, delinear as metodologias pedagógicas e estabelecer critérios de avaliação consistentes com a intervenção proposta.

A estruturação do plano de sessão revela-se fundamental para garantir a articulação entre as necessidades identificadas na comunidade escolar e os objetivos da intervenção, assegurando uma abordagem organizada, clara e adaptada ao contexto educativo. Neste sentido, o plano da sessão de capacitação “*A Epilepsia na Escola – No Caminho da Inclusão!*” constitui uma ferramenta essencial para orientar a prática pedagógica, promovendo ganhos ao nível da literacia em saúde, da segurança e da inclusão da criança com epilepsia em meio escolar.

3.1. Objetivos da sessão

O objetivo geral da sessão educativa consiste em capacitar o pessoal docente e não docente para o reconhecimento de crises epiléticas, a atuação em segurança e o apoio adequado ao aluno com epilepsia em contexto escolar.

De forma específica, pretende-se que os participantes sejam capazes de:

- identificar os diferentes tipos de crises epiléticas;
- reconhecer sinais de alarme associados às crises convulsivas;
- atuar de forma segura e adequada durante uma crise epilética;
- reconhecer e diferenciar convulsões febris de crises epiléticas;
- compreender as principais barreiras ao sucesso e à inclusão escolar da criança com epilepsia;

- identificar recursos e estratégias facilitadoras do percurso escolar;
- promover comportamentos de segurança, inclusão e apoio no contexto educativo.

3.2. População-alvo

A sessão será dirigida ao pessoal docente e não docente de uma escola pertencente a um Agrupamento de Escolas da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A seleção deste público-alvo fundamenta-se na necessidade de capacitar os profissionais escolares para identificar e atuar adequadamente perante crises epiléticas, na sequência da referenciação para a Saúde Escolar de uma criança com diagnóstico de epilepsia a frequentar a instituição.

3.3. Recursos

3.3.1 Recursos humanos

Os recursos humanos envolvidos na concretização da sessão educativa incluirão uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito das suas funções em Saúde Escolar, e a enfermeira estagiária do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ambas serão responsáveis pela planificação, dinamização e avaliação da sessão, assegurando uma intervenção fundamentada, rigorosa e alinhada com os objetivos definidos.

3.3.2 Recursos físicos e materiais

A sessão decorrerá numa sala de aula da escola, previamente organizada para o efeito, garantindo condições adequadas de conforto e visibilidade. Para a apresentação dos conteúdos, recorrer-se-á a equipamento informático, nomeadamente computador e projetor multimédia, bem como a uma apresentação em PowerPoint, vídeos ilustrativos e questionários em formato digital Quick response code (QR code).

3.4. Metodologia

A metodologia adotada assentará numa abordagem expositiva e participativa, de forma a promover momentos de aprendizagem ativa, reflexão e envolvimento dos participantes ao longo de toda a sessão. Esta opção metodológica visa facilitar a aquisição de conhecimentos, clarificar conceitos e promover a partilha de experiências e dúvidas por parte da comunidade educativa.

A sessão terá início com a aplicação de um questionário diagnóstico, em formato de QR code, com o objetivo de avaliar os conhecimentos prévios dos participantes sobre epilepsia e atuação em contexto escolar. Seguir-se-á a apresentação dos conteúdos teóricos, apoiada por uma apresentação em PowerPoint e por vídeos exemplificativos, que permitirão ilustrar diferentes tipos de crises epiléticas e estratégias de atuação segura.

No final da sessão, será aplicado um novo questionário, igualmente em formato digital, com o intuito de avaliar os conhecimentos adquiridos, complementado por um momento de discussão e esclarecimento de dúvidas, promovendo a consolidação das aprendizagens.

3.5. Avaliação da sessão

A avaliação constituirá uma componente essencial do processo educativo, permitindo aferir o grau de concretização dos objetivos definidos e refletir sobre a adequação das estratégias pedagógicas a implementar.

A avaliação formativa decorrerá ao longo da sessão, através da observação direta da participação, do interesse e do envolvimento dos participantes nas atividades propostas. Paralelamente, será realizada uma avaliação sumativa no final da sessão, mediante a aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos, em formato de QR code, permitindo analisar os ganhos de aprendizagem decorrentes da intervenção.

Os resultados da avaliação constituirão um contributo relevante para a reflexão crítica sobre a intervenção a desenvolver e para a identificação de necessidades formativas futuras no âmbito da epilepsia e da promoção da saúde em meio escolar.

4- Conclusão

A epilepsia, enquanto condição neurológica crônica com potencial impacto na segurança, no bem-estar e na inclusão da criança em contexto escolar, constitui um desafio relevante para a comunidade educativa. A persistência de lacunas de conhecimento, receios e insegurança por parte do pessoal docente e não docente pode comprometer a resposta adequada a situações convulsivas e influenciar negativamente a participação plena da criança na vida escolar, reforçando a necessidade de intervenções formativas direcionadas, sistemáticas e baseadas na evidência científica (Fisher et al., 2014; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2023).

Neste contexto, o presente trabalho propõe o planeamento de uma sessão educativa dirigida à comunidade escolar, no âmbito da Saúde Escolar, com o objetivo de capacitar o pessoal docente e não docente para o reconhecimento de crises epiléticas, a atuação em segurança e o apoio ao aluno com epilepsia. Esta proposta surge a partir de uma necessidade identificada em contexto real de estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade, evidenciando a importância da articulação entre os serviços de saúde e o meio escolar na gestão de condições de saúde crónicas em idade pediátrica, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

O planeamento da sessão educativa *“A Epilepsia na Escola – No Caminho da Inclusão!”* assenta em pressupostos pedagógicos e científicos que privilegiam a promoção da literacia em saúde, a clarificação de conceitos e a redução do medo e do estigma associados às crises epiléticas em meio escolar. A evidência demonstra que intervenções educativas dirigidas à comunidade escolar contribuem para melhorar o conhecimento, a confiança e a adequação das respostas perante situações convulsivas, favorecendo a segurança e a inclusão da criança (Oliveira et al., 2020).

O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume particular relevância neste processo, enquanto agente formador, promotor de práticas de saúde informadas e mediador entre a criança, a família, a escola e os serviços de saúde. A sua atuação encontra enquadramento nas orientações da Ordem dos Enfermeiros e no âmbito da Saúde Escolar, assumindo-se como determinante na capacitação da comunidade

educativa e na promoção de ambientes escolares seguros e inclusivos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Prevê-se que a implementação desta sessão educativa venha a contribuir para o aumento dos conhecimentos da comunidade escolar, para a melhoria da resposta a situações convulsivas e para o reforço da inclusão da criança com epilepsia no contexto educativo. Contudo, reconhece-se que a formação pontual deverá ser complementada por ações formativas contínuas e pela existência de protocolos institucionais claros, em consonância com os princípios da educação inclusiva consagrados no Decreto-Lei n.º 54/2018, garantindo a sustentabilidade das práticas e a segurança da criança a médio e longo prazo.

Em síntese, o presente trabalho evidencia a relevância do planeamento de intervenções educativas em Saúde Escolar e reforça o contributo do enfermeiro especialista para a promoção da segurança, do bem-estar e da inclusão da criança com epilepsia. A capacitação contínua da comunidade educativa emerge, assim, como um elemento essencial na construção de ambientes escolares mais informados, preparados e equitativos, alinhados com as orientações nacionais e internacionais em saúde e educação (DGS, 2015; OMS, 2023).

Referências bibliográficas

Berg, A. T., Shinnar, S., Hauser, W. A., Leventhal, J. M., & Cohen, H. (2012). *Predictors of recurrent febrile seizures*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 146(4), 437–441. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1992.02160160055019>

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

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Abordagem clínica da criança com convulsão febril*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., Engel, J., Forsgren, L., French, J. A., Glynn, M., Hesdorffer, D. C., Lee, B. I., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Perucca, E., Scheffer, I. E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). *ILAE official report: A practical clinical definition of epilepsy*. Epilepsia, 55(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>

International League Against Epilepsy. (2017). *Classification of seizure types by the International League Against Epilepsy*. Epilepsia, 58(4), 522–530. <https://doi.org/10.1111/epi.13670>

Oliveira, R., Pereira, C., & Santos, M. (2020). *Epilepsia em idade pediátrica: Implicações no contexto escolar*. Revista de Enfermagem Referência, 5(2), 1–8.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Enfermagem de saúde escolar: Enquadramento conceptual e áreas de intervenção*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Epilepsy: A public health imperative*. Geneva: World Health Organization.

Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., Hirsch, E., Jain, S., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Nordli, D. R., Perucca, E., Tomson, T., Wiebe, S., & Zuberi, S. M. (2017). *ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology*. *Epilepsia*, 58(4), 512–521. <https://doi.org/10.1111/epi.13709>

Shinnar, S., & Glauser, T. A. (2002). *Febrile seizures*. *Journal of Child Neurology*, 17(Suppl. 1), S44–S52. <https://doi.org/10.1177/08830738020170010601>

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. (2024). *Recomendações para a abordagem da epilepsia em idade pediátrica*. Lisboa: SPNP.

Portugal. Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 129

Apêndices

Apêndice I- Planeamento da sessão formativa

Tema: “A epilepsia na escola- No caminho da inclusão”			
Data: dezembro de 2025		Duração: 60 minutos	Local: Escola da área de abrangência da UCC
População alvo: Pessoal docente e não docente			
Formador(a): Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e Enfª Joana Cunha			
Objetivo geral: Capacitar pessoal docente e não docente para identificar crises epiléticas, agir em segurança e apoiar o aluno.			
Objetivos Específicos: • Identificar diferentes tipos de crises epiléticas • Adquirir competências para atuar de forma segura durante a crise epilética • Reconhecer sinais de alarme • Reconhecer e atuar em Convulsões Febris • Compreender as barreiras da epilepsia ao sucesso escolar • Identificar recursos facilitadores do percurso escolar • Promover comportamentos de segurança e integração na escola			
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	35 minutos	15 minutos
Metodologia	Expositivo e interativo	Expositivo	Expositivo e interativo
Conteúdos	• Acolhimento; • Apresentação das formadoras e do tema; • Aplicação do questionário inicial	• Apresentação em powerpoint • Visualização de videos explicativos sobre temas apresentado no powerpoint • Demontração da administração dos fármacos	• Síntese das principais ideias , discussão e esclarecimento de dúvidas. • Aplicação dos questionários de avaliação
Avaliação	• Observação do interesse e participação dos formandos	• Observação do interesse e participação dos formandos	• Avaliação de conhecimentos através da realização do questionário final.

Apêndice II- Questionário pré-formação

1. O que é a epilepsia?

- a) Uma doença contagiosa
- b) Uma condição neurológica caracterizada por crises recorrentes
- c) Um distúrbio psicológico
- d) Uma doença exclusivamente hereditária

2. Qual destes é um tipo comum de crise epilética?

- a) Crises febris em adultos
- b) Crises tónico-clónicas
- c) AVC
- d) Enxaqueca

3. Durante uma crise epilética, qual é o primeiro cuidado de segurança a ter?

- a) Segurar a pessoa para evitar que se mexa
- b) Manter a calma e proteger a cabeça da pessoa
- c) Dar algo para cheirar
- d) Abrir a boca à força para evitar morder a língua

4. O que NUNCA se deve fazer durante uma crise tónico-clónica?

- a) Proteger o espaço ao redor
- b) Colocar objetos macios sob a cabeça
- c) Colocar água ou comida na boca
- d) Vigiar o tempo de duração da crise

5. Em que situação deve ser ativado o 112 numa crise epilética?

- a) Quando a crise dura mais de 5 minutos
- b) Sempre que a pessoa tiver uma crise, mesmo que seja conhecida
- c) Apenas se a pessoa cair
- d) Apenas se estiver num local público

6. Após a crise terminar, qual é o cuidado recomendado?

- a) Colocar a pessoa na posição lateral de segurança
- b) Levantar a pessoa imediatamente
- c) Dar comida ou bebida para recuperar
- d) Deixar sozinha para descansar

Apêndice III -Questionário de avaliação da sessão formativa – “A epilepsia na escola- No caminho da inclusão”

1. A sessão ajudou-me a compreender melhor o que é a epilepsia e as suas causas.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

2. Sinto-me mais preparado(a) para reconhecer diferentes tipos de crises epiléticas.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

3. Após a formação, sinto-me capaz de atuar corretamente e com segurança durante uma crise epilética.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

4. O conteúdo sobre administração de terapêutica durante crises foi claro e útil.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

5. A formação esclareceu quando uma crise é considerada uma emergência médica.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

6. Compreendi melhor como promover a inclusão do aluno com epilepsia na escola.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

7. A sessão foi útil para a minha prática profissional.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

8. O formador apresentou o conteúdo de forma clara e dinâmica.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Neutro
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente



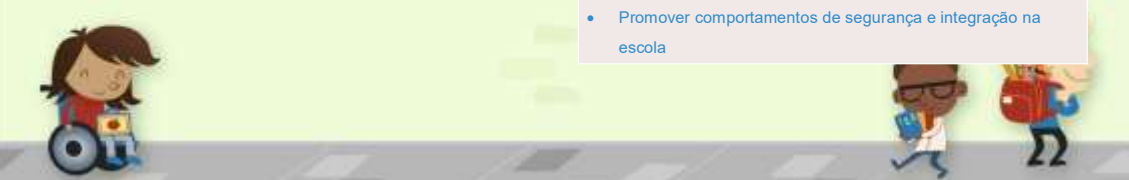
Objetivos

Geral

Capacitar pessoal Docente e Não Docente para identificar crises epiléticas, agir em segurança e apoiar o aluno.

Específicos

- Explicar o que é epilepsia e crise epilética
- Identificar diferentes tipos de crises epiléticas
- Ensinar sobre atuação segura durante a crise epilética
- Reconhecer sinais de alarme
- Reconhecer e atuar em Convulsões Febris
- Compreender as barreiras ao sucesso escolar
- Identificar recursos facilitadores do percurso escolar
- Promover comportamentos de segurança e integração na escola



Teste surpresa!



Temas a abordar

- A epilepsia em números
- O que é a epilepsia
- Causas da epilepsia
- O que são crises epiléticas
- Tipos de crises epiléticas
- Como atuar em caso de crise epilética
- Administração de terapêutica durante a crise epilética
- Quando uma crise se torna uma emergência médica
- Convulsões Febris- Identificação e tratamento
- Epilepsia em contexto escolar



A epilepsia em números



- Estima-se que existam 50 milhões de pessoas com epilepsia (OMS, 2023)
- Em Portugal o número de pessoas com epilepsia varia entre os 40 000 a 70 000. Isto significa que em média 1 pessoa em cada 200 tem epilepsia.
- O número de pessoas que, não tendo epilepsia, podem ter uma crise convulsiva durante a vida é muito maior, cerca de 1 em cada 20.



Liga Portuguesa Contra a Epilepsia



Definição de Epilepsia

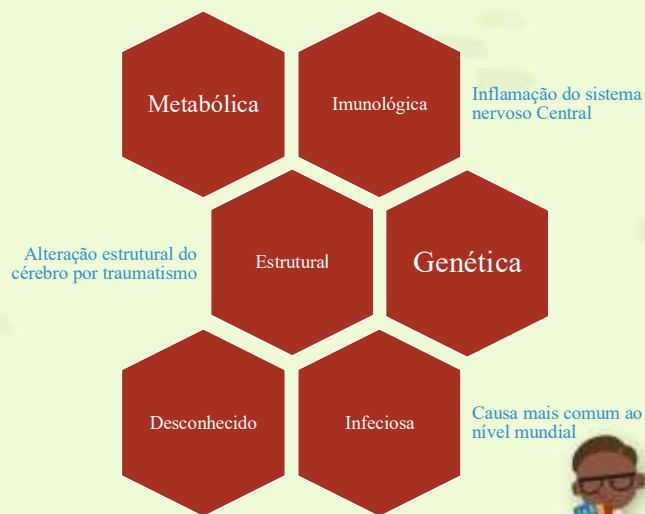
- **Epilepsia** é uma **doença cerebral** caracterizada por uma predisposição mantida para **gerar crises epiléticas** e pelas suas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. A definição de epilepsia exige a ocorrência de, pelo menos, uma crise epilética.



Consenso 2005 (Robert Fisher et al in Epilepsia, 55(4):475–482, 2014 doi: 10.1111 /epi.12550)



Causas possíveis de epilepsia



Crise epilética

- Uma **crise epilética** é a ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas secundários a uma atividade neuronal excessiva ou síncrona.



Tipos de crises epiléticas

- **Crises Focais:** começam e afetam apenas **uma parte do cérebro** designada por “**foco epilético**”. O que acontece durante uma crise está diretamente relacionada com a sua localização e o que essa área cerebral habitualmente faz.



Crises focais

a) Sem alteração da consciência:

- a pessoa consegue **perceber** o que está a acontecer durante a crise e consegue **lembrar-se** do que aconteceu depois da crise terminar.

b) Com alteração da consciência:

- Há alheamento do meio circundante, muitas vezes acompanhadas de **movimentos automáticos** despropositados (vestir ou despir, caminhar, mastigar, engolir, etc.). Quando a crise termina, a pessoa **não tem memória para o que aconteceu**.



Tipos de crises epiléticas



- **Crises generalizadas:** todo o córtex cerebral está envolvido e ocorre de forma **súbita**, sem qualquer aviso. A pessoa **perde a consciência** e no final **não tem memória** para o que aconteceu.



Crises não motoras

Ausências: crises breves, , alheamento do ambiente circundante, quase imperceptíveis..



Crises motoras

- **Crises tónicas:** crises súbitas e curtas em que todos os músculos ficam rígidos .
- **Crises atónicas:** crises súbitas e rápidas em que todos os músculos ficam relaxados .
- **Crises mioclónicas:** são crises muito rápidas, tipo “esticões” dos músculos.
- **Crises tónico-clónicas generalizadas** (convulsões): a pessoa perde a consciência, cai e apresenta movimentos tónico-clónicos



Durante a crise...

- **NÃO** introduzir qualquer **objeto na boca nem tentar puxar a língua** (a teoria de que as pessoas podem "enrolar a língua" e asfixiar não tem fundamento)
- **NÃO** tentar **forçar** a pessoa a **ficar quieta**
- **NÃO** dar **nada a beber** até recuperação total



Crises epiléticas, como atuar?

- Nas **crises focais**, em que há perturbação da consciência, deverá:
 - a) Proteger a criança de eventuais perigos envolventes durante a crise;
 - b) Falar de forma calma e gentil uma vez que a pessoa pode estar confusa;
 - c) Acompanhar a pessoa até à recuperação completa da consciência;
 - d) No final da crise, explicar o que aconteceu de forma clara e calma.
- Nas **Crises generalizadas**, com queda:
 - a) Manter a calma;
 - b) Proteger a cabeça, segurando-a com as mãos, se necessário;
 - c) Deitar o doente de lado e desapertar-lhe a roupa à volta do pescoço, administrar terapêutica conforme prescrição médica;
 - d) Dar-lhe o devido apoio até à recuperação completa de consciência;
 - e) Se a crise demorar mais do que 5 minutos, não responder à terapêutica, ou ocorrerem ferimentos graves, chame o 112



Administração de terapêutica durante a crise epiléptica

- Diazepam Rectal(*Stesolid®*)



Administração de Diazepam Retal

- Indicado em tratamento de crises convulsivas agudas.
- O diazepam retal é administrado via aplicador retal pré-preenchido

Modo de Administração:

- Retire a extremidade da bisnaga torcendo-a cuidadosamente 2-3 vezes sem puxar
- A criança deverá estar deitada na posição de bruços, tendo uma almofada a suportar a bacia. Uma criança pequena poderá deitar-se sobre os joelhos.
- Durante a administração mantenha sempre a extremidade da bisnaga virada para baixo.
- Após a introdução, esvazie a bisnaga colapsando-a entre o polegar e o indicador.
- Retire a bisnaga colapsada.
- A pequena porção que permanece na bisnaga não irá afetar a dose correta.



Administração de BUCCOLAM



Quando uma crise epilética se torna uma emergência médica?



Duração superior a 5 min

Após a crise surge dificuldade respiratória, confusão ou recuperação lenta

Crise epilética numa grávida

Apresentação de lesões ou mau estar após a crise

Estado de mal epilético: crise continua com duração superior a 5 min, ou crises sequenciais sem recuperação da consciência entre elas.



Chamada para o 112

- **Manter a calma**
- Avisar o telefonista que é uma **emergência médica**
- Dar **indicações precisas** do local onde se encontra, ou **pontos de referência**
- Indicar a **idade** da criança e **informação relevante que disponha**
- **Nunca desligar a chamada** até que lhe seja dada indicação nesse sentido

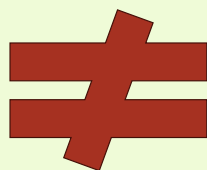


NÃO HÁ DOENÇA EPILÉTICA:

- Se os sintomas, apesar de se assemelharem a crises epiléticas, **não tiverem origem cerebral;**
- Se apenas houver história de uma única crise epilética não provocada, durante a vida;
- Se as **crises epiléticas** que a pessoa apresenta de forma repetida, são sempre provocadas por uma **causa conhecida** (ex.: convulsões febris, diabetes, etc).



• Crise epilética



• Convulsão febril



Convulsões febris

- **Surgem** na criança previamente saudável, entre os **6 meses e os 5 anos** de idade, aquando da **subida rápida da temperatura**.
- As convulsões febris estão **relacionadas com fatores genéticos** associados a uma **imaturidade cerebral** característica dos primeiros anos de vida.
- As crises febris simples, que **duram em média menos de um minuto**, são **tônico clónicas generalizadas**, ocorrem na subida térmica rápida e **têm recuperação neurológica completa**



Convulsão Febril, como atuar ?

- Procure manter-se **calmo**.
- Coloque a **criança deitada de lado**, sobre uma superfície plana
- **Coloque algo mole sob cabeça** da criança (casaco, almofada), para ela não se magoar.
- **Previna traumatismos**, retirando objetos que estejam por perto.
- **Baixe a temperatura** com **supositório** antipirético (ex: paracetamol).
- Retire parte da roupa para **promover o arrefecimento** natural da criança.
- **Não tente imobilizar nem colocar nada na boca da criança.**
- Se não for a primeira convulsão, e existir **prescrição médica** para administrar **Stesolid®** retal, use-o para **parar a convulsão**.



Quando recorrer ao serviço de urgência?

- Crise inaugural ou desconhecimento dos antecedentes
- Crise focal ou unilateral
- Crise superior a 10 min ou que não responde à terapêutica
- Crise acompanhada de cianose intensa
- Recobro incompleto em 30 min
- Deteção ou agravamento de défices focais
- Ansiedade dos pais/ acompanhantes não controlada



Carvalho, I.; Silva, M. Orientações Clínicas: Ambulatório em Idade Pediátrica, 2008:40



A epilepsia e a escola

A epilepsia em idade pediátrica está associada frequentemente a problemas de aprendizagem, psicológicos e comportamentais.

Problemas sociofamiliares: superproteção familiar, a baixa autoestima com dificuldades de relacionamento com os colegas, falta de motivação com grande desinteresse pela escola e todo o tipo de atividades circum-escolares.

O plano terapêutico da epilepsia em idade pediátrica deve considerar estratégias de intervenção multidisciplinar para prevenção e deteção precoce destas alterações/comorbilidades.



Função cognitiva



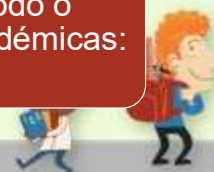
- ☐ Dificuldades de linguagem
- ☐ Problemas de linguagem expressiva
- ☐ Problemas de linguagem compreensiva

Função executiva



- ☐ Défice de atenção
- ☐ Dificuldades de planeamento de tarefas
- ☐ Dificuldades de memória
- ☐ Pouca flexibilidade cognitiva

Estas dificuldades vão ter implicação direta em todo o processo de aprendizagem nas várias áreas académicas: leitura, escrita e cálculo



Quais as respostas que a escola prevê para estas crianças?

- As ferramentas que a escola tem ao seu dispor estão plasmadas em diversos diplomas legais dos quais se destaca o **Decreto-Lei n.º 54/2018**, de 06/07, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 116/2019, de 13/09, que estabelece o regime jurídico da educação inclusiva.
- Pretende-se que o **Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória** seja atingido **por todos**. Para isso, a progressão no currículo faz-se através de **medidas de apoio à aprendizagem e à inclusão**, organizadas em diferentes níveis de intervenção (Universais, Seletivas e Adicionais) de acordo com as respostas educativas **necessárias caso a caso**, podendo, ainda, socorrer-se, nomeadamente, de **percursos diferenciados**.



Decreto Lei nº 54/2018 de 06/07

medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão (Decreto-Lei n.º 54/2018, de 06/07, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 116/2019, de 13/09)		
MEDIDAS UNIVERSAIS	MEDIDAS SELETIVAS	MEDIDAS ADICIONAIS
diferenciação pedagógica; acomodações curriculares; enriquecimento curricular; promoção do comportamento pró-social; intervenção com foco académico ou comportamental em pequenos grupos.	percursos curriculares diferenciados; adaptações curriculares não significativas; apoio psicopedagógico; antecipação e o reforço das aprendizagens; apoio tutorial.	frequência de ano de escolaridade por disciplinas; adaptações curriculares significativas; plano individual de transição; desenvolvimento de metodologia e estratégias de ensino estruturado; desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social.



Integração da criança epilética na sala de aula/escola

- Posição do aluno na sala
- Promover integração da criança no grupo com estratégias de discriminação positiva.
- Encorajar as crianças a participar ativamente em todas as atividades.
- Identificar e adaptar estratégias para cada criança, dispondo de informação dos pais e cuidadores sobre possíveis restrições.
- Promover acompanhamento personalizado
- Garantir acesso seguro
- Apoiar a aprendizagem



“Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar” PNSE (2015:4)



Avaliação da Sessão formativa



Obrigada!

