

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

SÍNDROME DO SHAKEN BABY: PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL
DESENVOLVIMENTAL NO GARANTE DA SEGURANÇA DO RECÉM-
NASCIDO Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

SHAKEN BABY SYNDROME: PROMOTING THE DEVELOPMENTAL
PARENTAL ROLE IN ENSURING THE SAFETY OF THE NEWBORN
Project to develop specialized clinical skills in the area of Child
Health and Pediatric Nursing

Autor

Sara Isabel de Freitas Gomes

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

SÍNDROME DO SHAKEN BABY: PROMOÇÃO DO
PAPEL PARENTAL DESENVOLVIMENTAL NO
GARANTE DA SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO
Projeto de desenvolvimento de competências
clínicas especializadas na área de Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

SHAKEN BABY SYNDROME: PROMOTING THE
DEVELOPMENTAL PARENTAL ROLE IN ENSURING
THE SAFETY OF THE NEWBORN Project to
develop specialized clinical skills in the area of
Child Health and Pediatric Nursing

Orientador(es)

Sandra Rita Pereira Fernandes
Professor Adjunto, Doutor

Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Sara Isabel de Freitas Gomes

Porto, 2025

RESUMO

O presente relatório visa ilustrar o percurso no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, descrevendo criticamente e refletindo acerca do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, baseado na evidência científica.

Ao longo dos contextos clínicos, foram desenvolvidas competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, relacionadas com a documentação e conceção dos cuidados de enfermagem à criança/adolescente e pais. Neste sentido, foi utilizada a metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas na plataforma E4Nursing, que permitiu uma evolução da capacidade de sistematização da conceção de cuidados, e possibilitou o desenvolvimento de competências relativas à tomada de decisão, tendo por base problemas reais.

Na área de Saúde Infantil e Pediátrica foi desenvolvido um projeto que enfoca o tema “Síndrome do Shaken Baby: Promoção do papel parental desenvolvimental no garante da segurança do recém-nascido”. A abordagem a este projeto teve por base o uso da metodologia crítico reflexiva, que permitiu a análise e reflexão crítica do planeamento, implementação e avaliação.

A Síndrome do Shaken Baby caracteriza-se por ser uma forma de abuso infantil, em que a criança é abanada de forma contínua e violenta, podendo causar graves lesões cerebrais e traumáticas. Assim sendo, esta síndrome apresenta grandes implicações para o desenvolvimento infantil, sendo responsável por défices cognitivos, motores e atrasos desenvolvimentais linguísticos e visuais. Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para prevenir a ocorrência desta síndrome, através da sensibilização da comunidade. Neste sentido, a informoterapia surge como uma importante estratégia a adotar, através da disponibilização de informação, baseada em evidência atualizada, acerca deste tema.

O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi um processo contínuo, fundamental para o exercício profissional, possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados diferenciados a prestar tanto às crianças/adolescentes, como aos seus pais.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Infantil e Pediátrica; Síndrome do Shaken Baby

ABSTRACT

The purpose of this report is to illustrate the Master's Degree in Child and Pediatric Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, pointedly describing and reflecting upon the development of the competencies of a Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, based on scientific evidence.

Throughout the clinical contexts, skills were developed as a Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, correlated to the documentation and conceiving of nursing care for children/adolescents and parents. Therefore, the Problem-Based Learning methodology was used on the E4Nursing platform, which allowed for an evolution in the ability to systematise the formulation of care, and made it possible to develop decision-making skills based on real problems.

In the field of Child Health and Pediatrics, a project was developed focusing on the theme “Shaken Baby Syndrome: Promoting the developmental parental role in ensuring the safety of the newborn”. The approach to this project was based on the interpretative and reflective methodology, which enabled analysis and explanatory pondering on planning, implementation and evaluation of such methods.

Shaken Baby Syndrome is a form of child abuse in which the child is shaken continuously and violently, which can cause serious brain damage and trauma. As such, this syndrome has major implications for child development and is responsible for cognitive and motor deficits, as well as speech and visual developmental delays. Nurses are in a privileged position to prevent the occurrence of this syndrome by raising awareness in the community. In this regard, information therapy is an important strategy to adopt, by providing information based on up-to-date evidence on this subject.

The development of skills as a Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing was a continuous process, fundamental to professional practice, making it possible to improve the quality of the differentiated care provided to both children/adolescents and their parents.

Keywords: Nursing; Child and Pediatric Health; Shaken Baby Syndrome

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

ECI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

E4Nursing - Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

IAC - Instituto de Apoio à Criança

ICN - International Council of Nurses

IMC - Índice de Massa Corporal

MESIP - Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica

NSE - Necessidades de Saúde Especiais

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSI - Plano de Saúde Individual

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SIP - Saúde Infantil e Pediátrica

SSB - Síndrome do Shaken Baby

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

URAP - Unidade Apoio Recursos Assistenciais Referenciados

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	29
3. CASO CLÍNICO - CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	43
3.1. Enquadramento teórico	43
3.2. Clientes	49
3.3. Medicação	50
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	50
3.4. Domínios	51
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	52
3.5. Conceção de Cuidados	55
3.6. Especificação das intervenções	60
3.7. Síntese relativa ao caso	62
4. CASO CLÍNICO - CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	67
4.1. Enquadramento teórico	67
4.2. Clientes	74
4.3. Domínios	75
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	75
4.4. Conceção de Cuidados	77
4.5. Especificação das intervenções	82
4.6. Síntese relativa ao caso	85
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	91
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	119
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), inserido na formação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), tem como principal objetivo a articulação entre investigação, ensino e a resposta às necessidades de saúde da população.

O Mestrado Profissionalizante em Portugal, encontra-se regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, com as alterações resultantes do Decreto-Lei n.º 65/2018. Este curso oferece uma formação avançada que relaciona a teoria com a prática, preparando os estudantes para o mercado de trabalho, sendo que aquilo que o diferencia do mestrado académico é o foco na aplicação prática de conhecimentos em áreas profissionais específicas, com uma forte componente de estágio profissional. O Decreto-Lei n.º 65/2018, reforça assim a necessidade de estreitar a ligação entre as universidades e as instituições empregadoras, cujo objetivo é formar profissionais altamente qualificados e preparados para os desafios do mercado de trabalho.

Este relatório emerge decorrente da realização da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório, integrada no Curso supracitado, tendo como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e as específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), com especial enfoque no tema “Síndrome do Shaken Baby: Promoção do papel parental desenvolvimental no garante da segurança do recém-nascido”. Desta forma, este documento apresentará uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns e específicas na área, bem como a natureza dos contextos clínicos em que decorreram os estágios, por forma a alcançar o grau académico de mestre e, por outro lado, obter o título profissional de EESIP, conforme os termos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O ENP foi realizado de acordo com o planeamento do Curso, estando dividido em 2 módulos: no primeiro módulo os primeiros contactos para o desenvolvimento de competências ocorreram no período entre 18 de março de 2024 a 28 de junho de 2024, e os segundos contactos no módulo dois decorreram entre 16 de setembro de 2024 e 05 de fevereiro de 2025. A metodologia adotada contemplou um primeiro contacto com os serviços durante o primeiro módulo, que permitiu conhecer os contextos e desenvolver competências, no segundo módulo, após análise reflexiva do desenvolvimento de competências, das possibilidades e oportunidades desenvolveu-se de forma mais intencional as competências de EESIP. Esta metodologia foi aplicada de forma transversal a todas as unidades envolvidas, incluindo-se Unidades de Cuidados Diferenciados de Pediatria, nomeadamente o Serviço de Internamento de Pediatria, o

Serviço de Urgência Pediátrica e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, e em Unidades de Cuidados de Saúde Primários, como a Unidade de Cuidados de Saúde na Comunidade (UCC).

O interesse pelo desenvolvimento de competências e conhecimentos na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) surgiu decorrente do meu percurso profissional. Durante o meu trajeto na área da enfermagem, entendi que as crianças e adolescentes requerem uma abordagem de cuidados específica, que atenda às particularidades do seu crescimento e desenvolvimento, que estão em constante mudança. Para além disto, compreendi também que os pais apresentam um papel fulcral no desenvolvimento saudável do filho, evidenciando-se a necessidade de capacitá-los perante as necessidades desenvolvimentais e eventuais necessidades especiais, de forma a assumirem o seu papel da forma mais competente possível. Neste sentido, é crucial o papel que a enfermagem desempenha ao lidar com crianças e jovens e as respetivas famílias, evidenciando-se a necessidade de conhecer as particularidades de cada etapa desenvolvimental, de forma a garantir uma melhor qualidade dos cuidados prestados e uma melhor capacitação dos pais, no sentido de facilitar a adaptação ao seu papel parental.

O presente relatório encontra-se estruturado em sete capítulos. No primeiro capítulo será realizada uma introdução ao relatório e uma breve contextualização teórica, e seguidamente será elaborada a caracterização dos diferentes contextos clínicos. Já no terceiro e quarto capítulos será explanada, com recurso à metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas, a conceção de cuidados sustentada em problemas reais identificados, referente a dois ENP, um relativo aos cuidados de saúde diferenciados, em contexto de urgência, e outro relativo aos cuidados de saúde primários, em contexto de UCC, que apenas retratam um dos casos vivenciados em cada contexto. A conceção de cuidados efetuou-se durante todos os módulos nos diversos contextos de estágios, utilizando-se a plataforma Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing (E4Nursing) para a documentação de seis casos clínicos. A opção para apresentar estes dois casos, relativos a estes dois contextos, relaciona-se com a necessidade de evidenciar o desenvolvimento de competências de EESIP, nos diferentes tipos de cuidados, os Cuidados Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários. Para além disto, permitiram demonstrar a conceção de cuidados de enfermagem, perante estádios de desenvolvimento diferentes, evidenciando a necessidade de, enquanto EESIP, desenvolver competências relativas ao conhecimento acerca das etapas desenvolvimentais. No quinto capítulo, será elaborada uma análise crítico reflexiva acerca das competências profissionais comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas do EESIP desenvolvidas em contexto de ENP, refletindo acerca do contributo das situações vivenciadas para o seu desenvolvimento. Ainda neste capítulo, será realizada uma abordagem relativa ao projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, que apresenta como temática a “Síndrome do Shaken Baby: Promoção do papel parental desenvolvimental no garante da segurança do recém-nascido”, assim como serão expostos aspetos relacionados com o tema, que resultaram do planeamento e implementação do projeto, e analisados de forma

crítico reflexiva. No sexto capítulo será realizada uma síntese, que irá refletir o percurso ao longo do curso e as valências desenvolvidas no âmbito da SIP. Para terminar, no último capítulo, serão enunciadas as referências bibliográficas utilizadas ao longo de todo o relatório.

Dada a singularidade da forma de documentação da conceção de cuidados, representada no terceiro e quarto capítulos deste relatório, releva esclarecer alguns aspetos que permitirão a sua melhor compreensão e uma leitura mais facilitada.

A documentação da conceção de cuidados presente neste relatório, foi suportada pela utilização da plataforma E4Nursing, desenvolvida pela ESEP. Esta plataforma é o resultado da colaboração entre a ESEP e a VirtualCare, tendo como principal fundamento os princípios da “aprendizagem baseada em problemas” (ESEP, 2020). A E4Nursing permite representar as principais etapas do processo de tomada de decisão, levando em consideração a utilização da Ontologia de Enfermagem, que define a estruturação dos dados, permitindo inferir os diagnósticos e as intervenções de enfermagem (OE, 2021). A documentação da conceção de cuidados está apresentada tendo em conta quatro tipos de informação, entre quais: os dados que resultam da apreciação inicial, os diagnósticos que emergem, os objetivos e as intervenções de enfermagem associadas.

De forma a manter a privacidade dos clientes, os casos clínicos apresentados nas conceções de cuidados serão apresentados sem qualquer referência a elementos identificativos, sendo que, em cada caso clínico, encontram-se retratadas sessões que correspondem a registos de momentos distintos da conceção de cuidados.

Os capítulos de casos clínicos estão organizados em: enquadramento teórico, que suporta o processo de tomada de decisão, considerando o descrito na evidência científica; descrição dos clientes, que alude à criança, tendo em conta os aspetos relacionados com a sua idade, sexo e à figura parental; medicação, onde se encontram documentadas todas as prescrições medicamentosas, bem como os aspetos de enfermagem a considerar relativamente às mesmas; domínios, que são referentes a diferentes áreas de atenção do enfermeiro perante cada caso clínico, e em que a pertinência da sua nomeação terá em consideração uma justificação com base teórica; conceção de cuidados, que se reporta não só à documentação dos dados recolhidos perante cada domínio, como também à nomeação de cada diagnóstico, objetivos, intervenções de enfermagem e respetivos timings, e ainda permite a documentação da evolução dos dados, nos diferentes momentos; especificação das intervenções, que, tendo por base a evidência científica, visa especificar atividades que concretizam as intervenções; e, por último, síntese relativa ao caso, onde é apresentada uma reflexão acerca de aspetos como prioridades na prestação de cuidados, dados considerados relevantes para enunciação de diagnósticos referentes ao processo adaptativo, resultados esperados face aos diagnósticos enunciados, contributos das intervenções face aos objetivos, definição do tempo para a avaliação do objetivo final e, sempre que se entende oportuno, os aspetos relativos às

intencionalidades terapêuticas da parceria de cuidados.

No que se refere às atividades desenvolvidas que tiveram como principal enfoque a capacitação para o tema “Síndrome do Shaken Baby: Promoção do papel parental desenvolvimental no garante da segurança do recém-nascido”, foi realizada, previamente, uma pesquisa bibliográfica através da plataforma EBSCOhost®, nas bases de dados Medline Complete, CINAHL Complete, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC, MedicLatina Library e ainda na Scopus e WebOfScience, assim como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), sociedades científicas e foram ainda consultados livros, de forma a garantir que estas intervenções tinham por base a utilização da melhor evidência científica disponível, garantindo que eram aplicados os métodos mais eficazes para a capacitação dos pais e profissionais.

Entende-se, portanto, a importância de aliada à prestação de cuidados existir um conhecimento sólido relativo a determinados conceitos e teorias, que relevam para o desenvolvimento da prestação de cuidados ao longo de todo o período de estágio. Desta forma, seguidamente serão apresentados aspetos teóricos que se mostram fulcrais e transversais em todos os contextos de estágio, e que inclusive se encontram explanados na conceção de cuidados apresentada nos capítulo três e no capítulo quatro.

Enquadramento Teórico

O conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e as diferentes teorias que o sustentam são aspetos cruciais para a prática profissional do EESIP, permitindo compreender a forma como as crianças crescem e se desenvolvem a nível cognitivo, emocional, social e físico. Esse conhecimento permite ao EESIP identificar precocemente sinais de atraso ou dificuldades no desenvolvimento, oferecendo uma base sólida para intervir de forma adequada e direcionada, seja em cuidados preventivos ou no tratamento de doenças e condições que afetam o desenvolvimento infantil.

Para além disto, as teorias orientam e permitem uma adequação da prática do EESIP, possibilitando uma abordagem mais eficaz, e que atende às necessidades específicas de cada período de desenvolvimento, considerando a participação e envolvimento dos pais, bem como permitindo compreender a sua adaptação à parentalidade. Estes são aspetos fundamentais para garantir que os cuidados não sejam apenas clínicos, mas também centrados no bem-estar da criança e dos pais, promovendo um desenvolvimento saudável e facilitando a assunção do papel parental.

Desenvolvimento Infantil

O ciclo de vida do ser humano abrange fases distintas da vida, que se estendem desde o nascimento até a velhice. Cada uma dessas fases é caracterizada por mudanças e transformações específicas, refletindo a natureza do desenvolvimento humano como um processo contínuo e dinâmico, que engloba o crescimento biológico, a evolução cognitiva e o aperfeiçoamento social, com uma interação constante entre fatores internos e externos (Rodrigues & Melchiori, 2014). Assim, o desenvolvimento humano, pode ser entendido como uma trajetória de progresso e adaptação que ocorre ao longo de toda a vida.

Este desenvolvimento não se restringe a um único domínio, envolvendo múltiplas dimensões. O processo de crescimento físico, o aprimoramento das capacidades cognitivas e as mudanças nas interações sociais estão todos interligados e influenciam-se mutuamente, formando um sistema complexo de mudanças contínuas (Papalia & Feldman, 2013; Souza, 2014).

O processo de crescimento físico é um importante indicador do desenvolvimento saudável de uma criança/adolescente (Casanova et al., 2017). Desta forma, releva que o enfermeiro monitorize o crescimento ao longo desta fase do ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013). Para isso, foram adotadas as curvas de crescimento que representam aquilo que será o crescimento mais próximo do desejável, revelando-se, atualmente, um importante recurso na prática clínica dos enfermeiros. Assim, as curvas de crescimento são um instrumento adaptado a cada população, tendo em conta o seu sexo biológico, país e etnia, bem como têm em consideração determinados aspetos relativos ao processo de crescimento em cada período desenvolvimental. Perante isto, estas curvas podem ser aplicadas desde o nascimento até à idade adulta e avaliam aspetos relacionados com o peso, comprimento/altura, Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro cefálico. Tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013), do nascimento aos 5 anos são utilizadas as curvas de crescimento relativas ao peso, comprimento e IMC, sendo que do nascimento aos 2 anos também há recomendação para avaliação do perímetro cefálico, existindo a curva de crescimento relativa a esse parâmetro. Já dos 5 anos até à idade adulta, está recomendado o uso das curvas relativas ao peso, altura e IMC.

O processo de crescimento e desenvolvimento é inerente ao longo do ciclo vital, estando envolvidos fatores intrínsecos à criança, e fatores extrínsecos que podem causar modificações durante esse processo (Lourenço & Queiroz, 2010). De acordo com estes autores, é no período da puberdade que se estabelecem as formas corporais, sendo estas distintas dependendo do sexo biológico da criança/adolescente. Esta distinção resulta do desenvolvimento esquelético, muscular e do tecido adiposo que difere entre meninas e meninos. Acrescentar também, que a maturação sexual determinará a composição corporal do adolescente, iniciando-se mais precocemente no sexo feminino do que no sexo masculino. O desenvolvimento dos caracteres

sexuais secundários foi sistematizado por Tanner, que descreveu estádios da maturação sexual, sendo o estágio 1 representativo de características do período da infância, e o estágio 5 referente a características da idade adulta (Lourenço & Queiroz, 2010). Estes estádios, são considerados nos parâmetros relativos ao desenvolvimento mamário e pilosidade pubiana, para o sexo feminino, e ao desenvolvimento da genitália externa e da pilosidade pubiana, para o sexo masculino.

Ao longo da vida, diferentes fatores, tanto biológicos quanto ambientais, atuam em conjunto para moldar o desenvolvimento individual. Estes fatores podem ser divididos em duas categorias principais: fatores internos, que incluem a genética, a maturação física e o desenvolvimento neuronal, e fatores externos, que incluem o contexto social, cultural e ambiental no qual a pessoa está inserida (Berger, 2011; Papalia & Feldman, 2013). O contexto social é especialmente relevante, pois define o ambiente em que o desenvolvimento ocorre, influenciando profundamente as experiências e oportunidades de aprendizagem que um indivíduo terá ao longo da vida.

Uma das características mais importantes do desenvolvimento humano é a sua continuidade ao longo do tempo, ou seja, ele não se limita a determinadas fases da vida, estendendo-se ao longo de toda a existência (Baltes, 1987; Papalia & Feldman, 2013). Contudo, cada etapa de desenvolvimento é moldada pelas experiências das fases anteriores, e cada nova etapa impacta as futuras, criando um ciclo contínuo e interdependente de mudanças. Isto destaca a importância de entender o desenvolvimento de uma forma integrada, levando em consideração as experiências de vida e o contexto cultural e social de cada indivíduo, que são fatores que podem ser alterados e adaptados ao longo do tempo.

Um dos períodos mais críticos no desenvolvimento humano ocorre nos primeiros anos de vida, especialmente nos dois primeiros anos, que são essenciais para o desenvolvimento cerebral (Figueiras et al., 2005, citado em Souza, 2014). Durante esse período, o cérebro humano apresenta elevada plasticidade, ou seja, apresenta uma grande capacidade de adaptação e aprendizagem, o que torna as crianças mais suscetíveis a estímulos externos, que podem afetar o seu desenvolvimento, tanto positivamente, como negativamente. Tal como já foi referido, o desenvolvimento infantil abrange não apenas o crescimento físico, mas também a evolução cognitiva e social, sendo todos estes aspetos fundamentais para que a inserção e integração da criança na sociedade ocorra de maneira funcional e adaptativa (International Council of Nurses (ICN), 2019; Souza, 2014).

A construção deste processo de desenvolvimento inicia-se ainda no período pré-natal e continua durante os primeiros anos de vida, momentos em que ocorre a interação entre as características biológicas e as experiências proporcionadas pelo ambiente (Souza, 2014). Estas experiências incluem o tipo de cuidado que a criança recebe, as interações sociais a que é exposta e as oportunidades de aprendizagem que tem à disposição. Todos os aspetos, contribuem para que a

criança possa atingir o seu pleno potencial durante as várias fases do seu desenvolvimento, o que, por sua vez, terá repercussões positivas na vida adulta.

O desenvolvimento infantil pode, então, sofrer influência de diversos aspetos, como são exemplo (Souza, 2014):

- Fatores gestacionais: aspetos como o uso de medicamentos, o consumo de substâncias, a nutrição durante a gravidez e a saúde materna pode ter um impacto significativo na saúde e no desenvolvimento da criança;
- Fatores relacionados à criança: prematuridade, alimentação, doenças e condições de saúde específicas da criança são determinantes importantes para o seu desenvolvimento físico e cognitivo;
- Fatores de cuidado: qualidade do vínculo entre pais e filhos, a saúde mental dos cuidadores e as características do ambiente no qual a criança cresce têm um impacto direto nas suas habilidades sociais, emocionais e cognitivas.
- Fatores socioeconómicos: condições económicas e sociais em que a criança vive, incluindo o acesso a recursos educacionais e culturais, influenciam as suas oportunidades de desenvolvimento e o acesso a cuidados adequados.

Perante o referido anteriormente, entende-se que diferentes fatores poderão afetar diversas áreas do desenvolvimento, como as habilidades motoras, cognitivas, linguísticas e psicossociais da criança. As repercussões da influência dos fatores referidos podem ser positivas ou negativas, refletindo-se na vida adulta e afetando as escolhas e comportamentos ao longo da vida.

Para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, o conhecimento profundo das características de cada etapa do desenvolvimento humano é fundamental, pois isso permite a identificação das habilidades cognitivas, sociais e emocionais esperadas em cada fase da vida (Rodrigues & Melchiori, 2014). Este entendimento é crucial para o cuidado e a intervenção adequados, visando promover um desenvolvimento saudável e harmonioso para os indivíduos.

As teorias sobre o desenvolvimento humano fornecem uma base teórica essencial para compreender as mudanças que ocorrem ao longo da vida. Estas teorias abordam diferentes aspetos do desenvolvimento, como o comportamento, as emoções, as capacidades cognitivas e a interação social. Entre as principais abordagens teóricas, destacam-se as teorias psicanalíticas, como as de Freud e Erikson, que enfocam as emoções e os conflitos inconscientes; as teorias de aprendizagem, que analisam de que forma os comportamentos são moldados pelo ambiente e pelas experiências, com as contribuições de Pavlov, Skinner, Watson e Bandura; e as teorias cognitivas, que explicam os processos de pensamento, como as de Piaget e Vygotsky, e ainda a de Kohlberg, que expõe o desenvolvimento do raciocínio moral

(Papalia et al., 2020). Para além disto, acrescentam as teorias contextuais, como a de Bronfenbrenner, que destaca a importância do contexto social e cultural, e as teorias evolucionistas, que abordam as bases biológicas e evolutivas do comportamento, como a teoria de Bowlby, são igualmente relevantes para o entendimento do desenvolvimento humano.

Todas as diferentes teorias explicativas do desenvolvimento infantil, com as suas abordagens variadas, oferecem uma compreensão mais abrangente do desenvolvimento humano e fornecem bases para identificar as habilidades que são esperadas, em diferentes fases da vida. Cada uma dessas abordagens foca aspetos distintos, mas todos os aspetos são necessários para uma compreensão completa e integrada do desenvolvimento.

Freud, com a sua teoria psicossexual, propôs que o desenvolvimento infantil ocorre em diferentes estádios, sendo marcado por conflitos internos entre os impulsos inatos e as normas sociais, que são resolvidos à medida que o indivíduo amadurece (Papalia et al., 2020). Erikson, por sua vez, desenvolveu a teoria psicossocial, que enfatiza a importância das relações sociais e das crises psicossociais que ocorrem em cada fase da vida (Leite & Silva, 2019).

No campo do behaviorismo, Pavlov, Skinner e Watson defendem a ideia de que o comportamento humano é resultado da interação com o ambiente (Papalia et al., 2020). Para eles, o comportamento é aprendido por meio de experiências e reforços, que moldam as reações do indivíduo. Contudo, Bandura aborda a teoria de aprendizagem social, acrescentando que a aprendizagem ocorre também por observação e imitação, ampliando a compreensão sobre como as habilidades sociais e cognitivas são adquiridas ao longo da vida.

Piaget, um dos maiores teóricos do desenvolvimento cognitivo, sugeriu que o desenvolvimento ocorre em quatro estádios, desde a aprendizagem sensório-motora na infância até o pensamento lógico e abstrato na adolescência, com a evolução gradual das capacidades cognitivas da criança (Papalia et al., 2020). Vygotsky, por outro lado, com sua teoria sociocultural, afirmou que o desenvolvimento cognitivo é fortemente influenciado pela cultura, com destaque para a interação social como um fator determinante no processo de aprendizagem e crescimento (Rodrigues & Melchiori, 2014).

Já Kohlberg propôs uma teoria que apresenta o desenvolvimento do ponto de vista da moralidade, identificando seis estágios, que se dividem entre níveis pré-convencionais, onde o comportamento moral é orientado por recompensas e punições; convencionais, sendo o comportamento do adolescente guiado pela conformidade com as normas sociais e pela procura da aprovação de outras pessoas; e pós-convencionais, ocorrendo já na idade adulta, e sendo um momento em que as decisões morais são baseadas em princípios éticos universais, e são questionadas as normas sociais (Silva & Martins, 2022). Por sua vez, os mesmos autores referem que o desenvolvimento moral das crianças e adolescentes ocorre de forma gradual e baseia-se em processos cognitivos.

A teoria bioecológica de Bronfenbrenner, por sua vez, expõe a relevância do ambiente social e cultural no desenvolvimento, destacando a interação entre diferentes níveis de influência, como a família, a escola e a comunidade, e como essas esferas interagem para moldar o indivíduo ao longo do tempo (Papalia et al., 2020).

Por fim, a teoria do apego de Bowlby, inserida nas teorias evolucionistas, sugere que certos comportamentos humanos são adaptativos e surgem em resposta aos desafios do ambiente, assegurando a sobrevivência e o vínculo com figuras significativas (Papalia et al., 2020).

Com base nas diferentes abordagens teóricas, o ciclo de vida humano é frequentemente dividido em cinco estádios principais, que abrangem as seguintes fases: o período pré-natal (que ocorre durante a gestação), a primeira infância (do nascimento até os três anos), a segunda infância (dos três aos seis anos), a terceira infância (dos seis aos onze anos) e a adolescência (dos onze aos vinte anos) (Papalia et al., 2020). Cada uma destas fases exige uma atenção especializada, especialmente no contexto da saúde e do bem-estar da criança e do adolescente, uma vez que ocorrem mudanças significativas em cada uma delas.

As diferentes teorias de desenvolvimento ajudam a estruturar uma compreensão do processo de evolução humana, permitindo uma análise detalhada das transformações que ocorrem ao longo da vida e da necessidade de cuidados especializados para apoiar um desenvolvimento saudável e equilibrado, nomeadamente no período da infância e adolescência.

Teoria das Transições

Quando um indivíduo enfrenta mudanças significativas na sua vida, torna-se crucial que os cuidados prestados estejam focados nas suas necessidades e na adaptação a essas novas circunstâncias. A vivência de todas estas modificações, e a necessidade de adaptação, refere-se a um conceito central da enfermagem - a transição.

A teoria das transições apresenta-se, portanto, como uma abordagem de grande relevância dentro da prática da enfermagem, dado que procura compreender as diferentes fases de mudança pelas quais o indivíduo passa e de que forma essas fases impactam a saúde e o bem-estar desse indivíduo (Meleis et al., 2000). Tais períodos de transição geralmente ocorrem durante intervalos de instabilidade, muitas vezes provocados por eventos marcantes, que alteram de maneira significativa o estado de saúde física ou emocional do indivíduo (Meleis, 2010).

De acordo com os estudos de Schumacher e Meleis (1994), a transição pode ser entendida como um espaço entre duas fases estáveis da vida, onde o indivíduo é desafiado a reajustar-se e adaptar-se a novas condições ou exigências do ambiente. As transições, no entanto, não se

limitam a simples mudanças, elas envolvem um processo dinâmico e contínuo de desenvolvimento, sendo compostas por diferentes tipos, padrões e propriedades (Meleis, 2010). Este processo pode ser tanto uma mudança de estado quanto um processo de adaptação e evolução para um novo momento da vida.

A natureza das transições é diversa, sendo que cada uma reflete diferentes aspetos da vida e da experiência humana (Meleis et al., 2000; Costa, 2015):

- Transições de saúde/doença: este tipo de transição refere-se às mudanças entre os estados de saúde e doença. Um indivíduo pode passar de um estado de saúde estável para um quadro de doença, ou, inversamente, superar uma condição de doença e retornar a um estado de saúde.
- Transições desenvolvimentais: estão relacionadas com os estádios naturais do ciclo de vida, como o desenvolvimento da adolescência, a maturidade ou o envelhecimento. Estas transições são parte do processo do desenvolvimento humano e podem ser marcadas por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais.
- Transições situacionais: envolvem uma redefinição do papel do indivíduo, ou a adaptação a uma nova condição de vida, como o casamento ou a separação.
- Transições organizacionais: referem-se a mudanças no contexto mais amplo, como as transformações sociais, económicas ou institucionais que afetam o ambiente do indivíduo. Estes eventos podem incluir desde uma reestruturação organizacional no local de trabalho até mudanças sociais mais amplas, como crises económicas ou mudanças políticas.

Além da sua natureza, as transições podem ser categorizadas de acordo o seu padrão (Meleis et al., 2000; Costa, 2015). Assim sendo, existem transições simples, em que apenas uma mudança ocorre, e transições múltiplas, em que o indivíduo experimenta várias mudanças simultaneamente. As transições múltiplas podem ocorrer de forma sequencial, uma após a outra, ou simultaneamente, e podem estar ou não interligadas entre si.

A habilidade de identificar e compreender essas transições permite aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, prestarem cuidados mais adequados e centrados no indivíduo, orientando-o nas fases mais desafiadoras de sua vida.

As transições são, por natureza, processos complexos e multidimensionais (Costa, 2015; Meleis et al., 2000). No entanto, todas as transições partilham algumas propriedades que facilitam a identificação de quando uma pessoa está a vivenciar uma transição. Entre essas propriedades, encontram-se a consciencialização, que se refere ao reconhecimento que o indivíduo tem das mudanças que estão a ocorrer; o envolvimento do indivíduo durante todo o processo; a percepção da mudança e diferença, que se relaciona com as alterações decorrentes da vivência da transição; o tempo, que envolve o evento inicial que assinala a transição até que a harmonia e a estabilidade sejam novamente experienciadas; e a ocorrência de eventos críticos, que se

referem a acontecimentos marcados por um período de incerteza com mudanças contínuas e rutura da realidade (Costa, 2015).

Durante uma transição, diversos fatores pessoais, sociais e comunitários podem atuar tanto como facilitadores quanto como dificultadores, influenciando a experiência do indivíduo (Costa, 2015). As condições pessoais de cada indivíduo desempenham um papel importante no processo de transição, incluindo os significados que a pessoa atribui à situação em questão, as suas crenças culturais, as suas atitudes relativamente às mudanças, o seu status socioeconómico, e o nível de preparação e conhecimento que já tem sobre o que está ocorrendo (Meleis et al., 2000). Já as condições da comunidade, os mesmos autores referem que envolvem os recursos externos disponíveis, como o suporte familiar, o acesso a informações de qualidade e o apoio de profissionais de saúde ou outras fontes confiáveis. Estas condições externas podem atuar como fatores de proteção ou, quando ausentes, como obstáculos durante a transição.

A teoria das transições também destaca a importância dos padrões de resposta observados durante o processo de transição (Costa, 2015). Desta forma, o mesmo autor refere que o enfermeiro deve estar atento a aspetos de como o indivíduo está a lidar com a transição, nomeadamente a conexão com outras pessoas, a interação com o ambiente, a localização da pessoa no processo de mudança, e sua capacidade de adaptação. Também o estabelecimento de confiança é um indicador importante, pois as pessoas tendem a adaptar-se melhor quando sentem que são apoiadas e que há confiança nas terapêuticas que são realizadas. Identificar esses sinais precocemente é crucial, pois permite que o enfermeiro ajuste as terapêuticas de enfermagem e oriente o indivíduo de maneira mais eficaz em direção a uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

A aquisição de novas competências, que se refere ao indicador da mestria, e o fortalecimento de uma integridade fluída são indicadores de que a transição está a ocorrer de maneira positiva e saudável (Costa, 2015; Meleis et al., 2000).

Ter uma compreensão profunda dos processos de transição é fundamental para a prática da enfermagem, pois permite que o enfermeiro desenvolva terapêuticas direcionadas e personalizadas, com base na natureza específica da transição vivida pelo cliente (Costa, 2015; Meleis et al., 2000). Isto não só contribui para a promoção da saúde, mas também para a prevenção de complicações associadas a uma adaptação inadequada. Para além disso, ao considerar as diferentes dimensões das transições – seja no contexto pessoal, social, ou organizacional – o enfermeiro pode implementar estratégias de prevenção, promoção de saúde e intervenções terapêuticas que atendam de forma holística às necessidades do indivíduo, promovendo uma transição mais tranquila e bem-sucedida em sua trajetória de vida.

Literacia em saúde e Informoterapia

A Literacia em Saúde refere-se ao conjunto de habilidades cognitivas e sociais que permitem aos indivíduos aceder, compreender e aplicar informações relacionadas à saúde (Organização Mundial de Saúde (OMS), 1998, cit. por DGS, 2018). Com essas competências, as pessoas conseguem melhorar sua própria saúde e promover o seu bem-estar, pois são capazes de tomar decisões informadas e agir em prol de um estilo de vida mais saudável.

No cenário global atual, a promoção da literacia em saúde representa um desafio de grande magnitude, pois envolve não apenas a capacitação dos indivíduos, mas também a transformação de estruturas sociais e educacionais que influenciam o acesso e a compreensão das informações de saúde (OMS, 2013). Neste sentido, tem-se reconhecido a capacitação das pessoas e o investimento em estratégias de saúde como áreas prioritárias, com o objetivo de melhorar o entendimento das informações sobre saúde e permitir que as pessoas as utilizem de maneira eficaz. Assim, a intenção é empoderar os indivíduos, para que possam tomar decisões mais conscientes e participar ativamente de práticas de saúde que beneficiem não apenas a si próprios, mas também as comunidades e sociedades como um todo.

A mesma entidade reconhece que a promoção de uma saúde eficaz exige, por sua vez, o desenvolvimento de programas que se baseiem nos princípios de envolvimento e capacitação da população. Esses programas devem ser projetados para proporcionar benefícios tangíveis e duradouros à saúde coletiva e individual, devendo focar na criação de condições de saúde que favoreçam o bem-estar, como a fomentação de um estilo de vida saudável, a garantia de segurança e bem-estar durante a infância e a promoção de um envelhecimento saudável. Além disso, esses programas devem ter como objetivo aumentar a literacia em saúde, apoiar a vida independente e facilitar escolhas saudáveis, criando um ambiente que favoreça decisões informadas em relação à saúde e à prevenção de doenças.

Os estudos têm mostrado que os baixos níveis de literacia em saúde estão frequentemente associados a uma maior morbidade e a uma utilização ineficiente dos serviços de saúde (DGS, 2018). Assim, indivíduos com dificuldades de compreensão das informações relacionadas à saúde apresentam taxas mais elevadas de hospitalização, uso excessivo de serviços de emergência e menor adesão a programas de cuidados preventivos. Perante isto, evidencia-se a importância de ações que visem à promoção de uma maior literacia em saúde, a fim de reduzir esses impactos negativos, melhorando o aproveitamento dos serviços de saúde e promovendo uma cultura de prevenção.

Em Portugal, esforços têm sido empreendidos para desenvolver e implementar ações de literacia em saúde, com o objetivo de promover a melhoria da saúde e o bem-estar da população (DGS, 2022). Essas iniciativas devem ser sensíveis às particularidades de cada fase do desenvolvimento humano, adaptando-se às necessidades e características de cada indivíduo. Assim sendo, importa que a literacia em saúde seja vista como um recurso flexível, capaz de se ajustar às exigências de diferentes faixas etárias e contextos sociais, para garantir que cada

pessoa tenha o conhecimento e os recursos necessários para tomar decisões informadas sobre sua saúde.

Um exemplo importante desse enfoque é o PNSIJ (2013), que enfatiza a necessidade de aumentar os conhecimentos e as habilidades dos pais, que desempenham um papel central no cuidado e desenvolvimento dos filhos. A promoção da literacia em saúde entre os pais, além de fundamental para o desenvolvimento saudável das crianças, também contribui para a formação de adultos mais saudáveis e informados, que poderão transmitir esse conhecimento às próximas gerações (DGS, 2013). Nesse sentido, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, especialmente no que se refere ao ensino de práticas de saúde e à intervenção na parentalidade. Os EESIP têm a responsabilidade de promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, fornecendo orientações antecipatórias que ajudam os pais a entender melhor as necessidades de seus filhos e a oferecer os cuidados adequados (OE, 2018).

Durante o primeiro ano de vida, por exemplo, as necessidades das crianças mudam rapidamente, o que pode representar desafios constantes para os pais. A promoção da literacia em saúde nesse contexto não só apoia o desenvolvimento físico e emocional da criança, mas também contribui para a criação de uma base sólida para o seu desenvolvimento saudável ao longo da vida. Desta forma, para fomentar o aumento da literacia em saúde junto dos pais, releva o uso da informoterapia como terapêutica de enfermagem.

A informoterapia está relacionada com o uso da informação como um meio terapêutico para promover o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos (OE, 2021). A mesma entidade refere que este instrumento terapêutico tem-se mostrado grande relevância na prática da enfermagem, com o intuito de prevenir, promover e intervir no âmbito da saúde. Dentro desse contexto, a informoterapia é vista como um recurso valioso que assegura a segurança e a eficácia das intervenções em saúde, pautando-se em princípios fundamentais — a pessoa certa, o momento certo, a estratégia certa e a informação certa. Esses princípios formam a base para a tomada de decisões informadas e a implementação de ações fundamentadas em evidências científicas, tornando-se essenciais para garantir a qualidade do cuidado prestado. Através dessa abordagem, a informoterapia contribui de maneira substancial para o aprimoramento da saúde, proporcionando um atendimento que responde de forma mais precisa às necessidades e contextos específicos de cada indivíduo. Assim, quando esses elementos são integrados de maneira eficaz, a informoterapia fortalece a prática em contexto de saúde, permitindo uma prática eficiente, que resulta num incremento significativo da literacia em saúde na população em geral.

Perante o exposto, a informoterapia e a literacia em saúde são fundamentais para a construção de uma prática de saúde mais eficiente, informada e humana, proporcionando uma abordagem centrada no cliente, onde a compreensão das informações sobre saúde é vista como um recurso crucial para a promoção de decisões informadas, a melhoria do bem-estar e a promoção de uma

vida mais saudável e independente.

Modelo de parceria de cuidados

A interação entre pais e filhos é um aspeto de extrema relevância, especialmente durante períodos de hospitalização. Nestes momentos, essa relação pode ter um impacto profundo na experiência da criança e na qualidade do atendimento que ela recebe, desempenhando um papel essencial na redução das dificuldades emocionais e físicas frequentemente associadas ao processo de internamento (Casey, 1993). Assim, a autora defende que a presença constante e o envolvimento ativo dos pais funcionam como uma fonte de apoio fundamental, proporcionando à criança um ambiente de conforto, segurança e tranquilidade, o que facilita sua adaptação ao ambiente hospitalar muitas vezes desconhecido e assustador. Acrescentando que esse vínculo afetivo, além de contribuir positivamente para a recuperação física da criança, fortalece o laço familiar, criando uma atmosfera de cuidados mais acolhedora e eficaz.

O modelo de parceria de cuidados, proposto por Casey em 1988, destaca a importância da colaboração contínua entre os profissionais de saúde e os pais, particularmente no contexto da SIP. O modelo baseia-se na ideia de que os pais são os cuidadores primários da criança e, portanto, estão mais capacitados para promover o desenvolvimento de seus filhos, devido à sua proximidade e conhecimento do dia a dia da criança (Casey, 1993).

Este modelo de cuidados é fundamentado em cinco conceitos essenciais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico. Cada um desses elementos desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar e do desenvolvimento da criança (Casey, 1993):

- **A Criança:** desde o nascimento, a criança depende da presença e do cuidado dos pais para atender suas necessidades imediatas. Com o tempo, ela vai-se tornando gradualmente mais independente, mas inicialmente depende totalmente dos cuidadores;
- **A Saúde:** este aspeto representa o bem-estar da criança, em todas as suas dimensões. Qualquer alteração pode afetar diretamente o crescimento e o desenvolvimento da criança, sendo essencial um acompanhamento contínuo para garantir a manutenção desse equilíbrio;
- **O Ambiente:** o ambiente onde a criança está inserida tem um impacto direto no seu desenvolvimento. Este ambiente precisa de ser seguro, acolhedor e capaz de transmitir confiança para que a criança possa crescer de maneira adequada. Em situações de hospitalização, o ambiente hospitalar deve ser o mais agradável possível, proporcionando um espaço que minimize a sensação de medo e desconforto;
- **A Família:** a família é a principal responsável pelos cuidados à criança. Este papel não se

restringe apenas aos pais, mas envolve todos os membros da família que, direta ou indiretamente, influenciam o desenvolvimento da criança. Portanto, a participação ativa de todos é essencial para garantir o melhor ambiente de cuidado possível;

- O Enfermeiro Pediátrico: tem uma função central, sendo responsável por fornecer cuidados especializados à criança, mas também desempenha um papel importante de educador, orientando e apoiando os pais.

O modelo de parceria de cuidados sublinha a importância do processo de enfermagem, que envolve identificar, de maneira cuidadosa e contínua, as necessidades da criança e da família (Casey, 1993). Segundo a mesma autora, esse processo começa com uma avaliação inicial, onde se procura compreender a situação clínica da criança e as condições emocionais e sociais da família. A partir dessa avaliação, são delineadas intervenções adequadas, que serão ajustadas conforme a evolução da situação. Ainda durante o planeamento, é essencial envolver os pais no processo de tomada de decisão, negociando com eles o tipo de cuidados a serem prestados e o nível de participação que desejam ter. Assim sendo, o enfermeiro deve garantir que os pais estejam informados e preparados para desempenharem o seu papel, fornecendo orientações e recursos que os ajudem a oferecer o melhor cuidado possível à criança. Posteriormente, na fase de implementação, as intervenções são realizadas com o enfermeiro, garantindo que os cuidados clínicos estejam assegurados de forma eficaz, e os pais recebam o suporte contínuo necessário. Por último, a avaliação final do processo de cuidados permite registar os resultados obtidos, ajustar intervenções e, se necessário, garantir que as necessidades da criança e da família sejam atendidas de forma adequada.

Durante todo esse processo, a participação dos pais deve ser tratada com flexibilidade e respeito (Sousa et al., 2023). Desta forma, o enfermeiro, mais do que impor limites ou regras rígidas, deve trabalhar com os pais para entender o que é melhor para a criança e como podem colaborar efetivamente no cuidado. Segundo os mesmos autores, essa colaboração deve ser baseada numa avaliação contínua da condição da criança, e em negociações que considerem o nível de conforto e confiança dos pais. Assim sendo, o enfermeiro deve agir com empatia, garantindo que a presença dos pais seja sempre um apoio positivo, e não uma fonte de stress adicional.

Segundo Sousa et al. (2023), a colaboração entre pais e profissionais de saúde deve ser orientada por objetivos terapêuticos que sejam acordados conjuntamente, refletindo uma intenção clara de promover o bem-estar e a recuperação da criança. Assim, definem que o objetivo reforçar o papel dos pais como cuidadores ativos e competentes no modelo de parceria de cuidados inclui sete intencionalidades terapêuticas:

- Promoção da participação dos pais: o enfermeiro deve incentivar os pais a participar nos cuidados relacionados com o desenvolvimento da criança, reconhecendo o valor de sua presença e envolvimento no processo de recuperação;

- Desenvolvimento de competências parentais: os pais devem ser ajudados a adquirir capacidades necessárias para fornecer cuidados mais complexos, como a administração de medicamentos ou a assistência durante procedimentos médicos;
- Participação em cuidados complexos: sempre que possível, os pais devem ser incentivados a participar ativamente nos cuidados mais complexos, desde que suas competências tenham sido avaliadas adequadamente para realizar as tarefas com segurança;
- Melhoria no desempenho parental: quando existir potencial para a melhoria das competências dos pais, o enfermeiro atua para aumentar sua capacidade de prestar cuidados mais especializados, tornando-os mais confiantes e competentes;
- Redução do desgaste emocional parental: o enfermeiro deve reconhecer os desafios emocionais enfrentados pelos pais, especialmente em casos de hospitalização de crianças com necessidades especiais, e ajudá-los a lidar com o stress, oferecendo momentos de descanso e apoio emocional durante o processo;
- Preparação para cuidados complexos: os pais devem ser preparados para lidar com cuidados complexos após o regresso a casa, sendo dotados de conhecimento e capacidades necessárias para cuidar adequadamente da criança em casa;
- Promoção da autonomia da criança: os pais devem ser orientados a apoiar o desenvolvimento da autonomia da criança, ajudando-a a adquirir capacidades de autossuficiência e independência, respeitando o seu ritmo de desenvolvimento.

As intencionalidades terapêuticas visam criar um ambiente de cuidado colaborativo, onde os pais desempenhem um papel ativo e central no processo de recuperação da criança, enquanto se tornam mais competentes e confiantes no desenvolvimento das suas habilidades de cuidados (Sousa et al., 2023). Assim, este modelo promove um cuidado mais completo, que beneficia não apenas a criança, mas também a capacidade dos pais responderem às necessidades da criança de maneira eficaz.

Projeto individual de desenvolvimento profissional

Durante o primeiro módulo de ENP foi iniciado e apresentado um projeto individual de desenvolvimento profissional, que fosse ao encontro daquilo que eram os meus interesses na área da SIP, tendo sido dada continuidade durante este segundo módulo de ENP. Desta forma, emergiu o tema “Síndrome do Shaken Baby: Promoção do papel parental desenvolvimental no garante da segurança do recém-nascido”.

A Síndrome do Shaken Baby (SSB) é considerada uma forma de maus-tratos infantis,

caracterizando-se como um tipo de trauma craniano abusivo (Moreira et al., 2023). Os mesmos autores referem que os períodos de recém-nascidos e lactente são os mais vulneráveis para a ocorrência desta síndrome, dado que o choro é o principal fator desencadeador, e é nestes períodos que acontecem os choros mais difíceis de controlar.

Em Portugal, existem, ainda, poucos dados estatísticos publicados que evidenciam a incidência da SSB (Pereira & Magalhães, 2011), o que torna ainda mais importante a divulgação desta temática perante os profissionais e a sociedade, nomeadamente os pais.

Sendo eu uma profissional que, se encontra a exercer funções em contexto de cuidados de saúde primários, integrando a equipa do Núcleo de Crianças e Jovens em Risco, e por realizar diversas sessões de educação para a saúde, achei pertinente abordar de forma mais aprofundada este tema, dado que é uma questão de grande relevância e que pode apresentar grande impacto no desenvolvimento das crianças.

A implementação deste projeto ao longo dos ENP teve como principais objetivos: selecionar e analisar a evidência científica relativa à SSB, e as suas medidas preventivas; desenvolver competências de EESIP, no âmbito da temática, no sentido de promover o conhecimento dos pais/cuidadores e profissionais de saúde sobre a SSB, e medidas preventivas associadas; desenvolver competências no âmbito do planeamento dos cuidados, tendo especial atenção, no que se refere às medidas preventivas da SSB; e documentar, sempre que oportuno, os aspetos da intervenção de enfermagem relativos à SSB.

Sendo a monitorização do projeto relevante para uma correta implementação ao longo do tempo, as medidas de monitorização implementadas incluíram a realização reuniões com os orientadores, ao longo de toda a implementação do projeto, a observação, após implementação das intervenções, da adoção dos comportamentos adequados por parte dos pais/cuidadores, bem como a observação da inclusão desta temática na sua prática, quando oportuno, por parte dos profissionais.

Assim, este relatório reflete o desenvolvimento das competências profissionais necessárias para a atuação como EESIP, tendo particular atenção para o tema do projeto de desenvolvimento profissional anteriormente mencionado. Este processo permitiu a implementação do projeto na prática clínica, ao longo dos ENP, aplicando os conteúdos adquiridos ao longo de todo o curso de mestrado.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

De acordo com as diretrizes recomendadas pela OE (2021) para obtenção do título de EESIP, e por forma a cumprir o programa formativo do MESIP, o ENP ocorreu em dois momentos distintos do meu percurso académico, conforme indicado pela entidade acima mencionada. A organização do ENP em dois módulos permite que, num primeiro momento, exista um reconhecimento das infraestruturas e dinâmicas do serviço, identificando eventuais necessidades, enquanto, no segundo momento, são discutidos com o orientador aspetos do serviço que apresentam potencial de melhoria, tendo em conta aquilo que é a realidade do serviço e aquilo que é referido na evidência científica, bem como existe maior enfoque no desenvolvimento de competências de EESIP. Neste contexto, o primeiro módulo do ENP, decorreu no 2º semestre do ano letivo 2023/2024, enquanto o segundo módulo aconteceu no 3º semestre deste ciclo de estudos. Durante os diferentes períodos de estágios, existiram também momentos de partilha e orientação com os docentes da ESEP e colegas de formação.

Ambos os momentos de estágio ocorreram em quatro contextos distintos, sendo três deles referentes aos cuidados diferenciados: internamento de pediatria, urgência pediátrica e cuidados intensivos de neonatologia; e um outro referente aos cuidados de saúde primários, no contexto de UCC. A escolha do estágio de cuidados intensivos de neonatologia, ao invés do contexto de unidade de cuidados intensivos pediátricos, decorreu em virtude da minha preferência pelo período desenvolvimental, uma vez que poderá apresentar um maior contributo para aquilo que são as minhas expectativas no futuro profissional. Isto porque, no contexto em que trabalho, tenho a expectativa de vir a trabalhar com recém-nascidos, e tendo alguns deles passado pelo contexto de neonatologia, considero que as experiências vivenciadas neste serviço, permitem-me uma melhor compreensão do impacto que a prematuridade apresenta na vida dos pais e das crianças, acabando por estar mais sensibilizada e preparada para trabalhar com pais e recém-nascidos que vivenciaram essa experiência.

A diversidade dos contextos acima mencionados mostrou ser uma mais-valia para o meu desenvolvimento enquanto EESIP, dado que permitiu uma melhor perceção relativamente às particularidades de cada serviço e possibilitou o desenvolvimento da conceção de cuidados, tendo em conta as especificidades de cada contexto.

Ao longo deste capítulo será feita uma reflexão acerca das singularidades de cada serviço, nomeadamente no que se refere à organização do serviço, aos métodos de trabalho, recursos materiais e recursos humanos, com especial enfoque nas dotações seguras indicadas pela OE para cada contexto. Acrescentar ainda que, por uma questão de proteção de dados e

privacidade, serão omitidos os serviços onde decorreu o ENP.

Serviço de Internamento Pediátrico

O primeiro ENP foi realizado no serviço de pediatria de um hospital da região Norte, tendo ocorrido num primeiro momento de 18/03/2024 a 18/04/2024, e num segundo momento entre 16/09/2024 a 16/10/2024.

O serviço consiste no internamento médico e cirúrgico, de crianças até aos 17 anos e 364 dias de idade, tendo no seu âmbito a intervenção nos períodos pré e pós-operatório de diversos tipos de cirurgias, e ainda em situações de doença aguda, crónica e complexa. No que se refere à tipologia de cirurgias mais comuns no serviço, durante os momentos de estágio, estas foram sobretudo no âmbito da urologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Já as doenças situações de doença aguda, crónica ou complexo foram menos frequentes no serviço, no entanto aquando da minha passagem por lá encontrei sobretudo infeções respiratórias e descompensações da doença renal crónica.

A nível estrutural o serviço apresentava uma zona de receção, onde era feita a admissão geral do cliente pediátrico e dos pais, e estava dotado de 20 camas, sendo estas distribuídas por quatro quartos individuais e oito quartos duplos. A distribuição das crianças nos quartos, sempre que possível, é realizada tendo por base o período de desenvolvimento delas, optando por reunir num quarto crianças em períodos de desenvolvimento idênticos. Segundo Cassemiro et al. (2020), o processo de hospitalização de uma criança ou adolescente pode representar uma experiência traumática ou não traumática, sendo que quando o ambiente durante o internamento possibilita o estabelecimento de relações de amizade, promove o bem-estar e favorece uma experiência menos negativa. Ora, esta relação de amizade será mais facilmente estabelecida entre duas crianças que se encontrem no mesmo período de desenvolvimento, sendo promovida, principalmente, se estas se encontrarem a partilhar o mesmo espaço. Durante o período de ensino clínico, esta distribuição pelos quartos revelou-se uma oportunidade para partilha de experiências entre os pais, bem como mostrou ser um fator positivo no processo de hospitalização das crianças, dado que permitiu uma maior interação entre elas, por se compreenderem melhor.

Para além disto, todos estes quartos estavam providos de televisores, existindo ainda no serviço uma sala de atividades lúdicas e pedagógicas, com uma diversidade de brinquedos, jogos e livros. A existência desta sala, demonstrou ser uma mais-valia no serviço, dado que este era um local onde as crianças podiam brincar, partilhar experiências e interagir umas com as outras. Sossela e Sager (2017) referem que a brincadeira favorece não só a diversão, mas também permite a expressão de sentimentos e emoções que a criança vivencia. Assim sendo, e uma vez

que a hospitalização pode representar um momento gerador de stress e ansiedade para a criança, a existência de um espaço lúdico ou de uma brinquedoteca no serviço de internamento, segundo os autores acima mencionados, permite a atribuição de um novo significado ao processo de hospitalização, atenuando as sequelas emocionais e possibilitando a continuidade do seu desenvolvimento enquanto criança.

Ainda no que se refere à estrutura física, este serviço conta com uma sala de informação clínica, onde são realizados os registos clínicos e passagem de turno, uma sala de tratamentos, com circuito de sujos e limpos e uma sala de armazenamento de materiais de consumo clínico. No que se refere à informatização no serviço, os registos clínicos mostraram-se bastante relevantes dado que possibilitaram a documentação da prática dos cuidados de enfermagem, permitindo a articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada, e o acesso rápido ao processo do cliente, quando necessário. Para além disto, a informatização do serviço possibilita que os enfermeiros trabalhem de forma articulada, através de plataformas internas, com os médicos e farmacêuticos, nomeadamente no que se refere à prescrição de medicação e a solicitações da mesma aos serviços farmacêuticos, bem como tenham acesso a protocolos e diretrizes atualizadas da instituição, e a temas disponíveis para formação contínua.

Relativamente aos recursos materiais, verificou-se a existência dos devidos dispositivos de monitorização e equipamentos médicos, bem como estava dotado dos materiais de consumo necessários à prestação de cuidados às crianças.

Em relação aos recursos humanos, estes eram compostos por uma equipa multidisciplinar que contavam com médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, educadora de infância e animador cultural. No que diz respeito à equipa de enfermagem, grande parte desta equipa apresentava uma longa experiência na prestação de cuidados à criança/família, sendo no total cerca de 22 enfermeiros, entre os quais um gestor, quinze EESIP, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e os restantes enfermeiros de cuidados gerais. Desta forma, e tendo por base as orientações emanadas pelo Regulamento n.º 743/2019 da OE, e concomitantemente o Parecer n.º 10/2018 emitido pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, relativamente ao Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, torna-se claro que o serviço cumpre as recomendações não só relativamente rácio enfermeiro especialista/enfermeiro cuidados gerais, mas também naquilo que se refere à presença de pelo menos um EESIP durante as 24 horas. Contudo, o cálculo na calculadora de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da OE não foi passível de ser aplicado, dado que para efetuar esse cálculo, por questões de privacidade e segurança do serviço, não foi possível obter os dados necessários, sobretudo os referentes às horas de trabalho anuais da equipa.

O método de trabalho utilizado era individual, sendo os enfermeiros distribuídos de forma não

equitativa pelos diferentes turnos. Isto porque, nesta distribuição eram consideradas a complexidade de cuidados a prestar, bem como necessidades específicas da criança/pais. Esta distribuição era realizada pelo enfermeiro responsável de turno, sendo que este lugar era sempre assumido por um enfermeiro especialista. Este método de trabalho assenta numa dinâmica em que apenas um enfermeiro tem a responsabilidade de planear, implementar e avaliar os cuidados a um ou mais clientes (Ventura-Silva et al., 2021). Para o cliente este é um método que permite a individualização dos cuidados, favorecendo a relação de confiança entre o cliente e o enfermeiro e permitindo um atendimento mais próximo e personalizado (Parreira et al., 2023). Contudo, poderá existir uma diferença de cuidados prestados, uma vez que cada enfermeiro apresenta diferentes competências, e para o enfermeiro comporta um desafio no que se reporta ao envolvimento emocional.

Durante o período de internamento, e tal como recomendado pelo Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2017) o acompanhamento das crianças, por parte dos pais, durante o período de hospitalização, 24h por dia, qualquer que seja a sua idade ou estado, é essencial. Desta forma, este serviço permitia a permanência de um dos pais a tempo integral, tendo ainda a possibilidade de existir um segundo acompanhante, num intervalo de tempo regulamentado pela instituição (OE, 2015). Neste sentido, o serviço estava dotado de cadeirões e, em alguns quartos, de sofás-cama, que permitiam uma melhor acomodação para os pais. Para além disto, os pais que residiam a uma longa distância do hospital tinham direito às refeições gratuitamente, e sempre que necessitavam de se ausentar do serviço para se alimentar ou por algum outro motivo, os enfermeiros forneciam suporte, no sentido de assegurar que prestavam especial atenção à criança durante a sua ausência. Assim sendo, isto vai ao encontro daquilo que está regulamentado na legislação portuguesa, que prevê o acompanhamento da criança hospitalizada com idade inferior a 18 anos.

Quanto a projetos de desenvolvimento de melhoria da qualidade, o serviço integrava a Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, que tinha como objetivo o acompanhamento da criança e família com doença crónica complexa, de forma a promover a qualidade de vida da criança, através do conforto e o alívio de sofrimento. Esta equipa multidisciplinar era composta por pediatras, psicólogo, pedopsiquiatra, assistente social e EESIP. Para além deste projeto, existia também, em parceria com a Fundação Gil, a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), que incidia na visita domiciliária com o objetivo de adaptar os cuidados à realidade de cada família e diminuir as deslocações ao hospital (Fundação do Gil, n.d). Por último, o serviço dispõe ainda de projetos lúdicos, em parceria como a Operação Nariz Vermelho e “A Música nos Hospitais”, onde são contempladas atividades regulares durante a semana, não só para as crianças como também para as famílias e até profissionais de saúde, proporcionando momentos de alegria e descontração.

No que se refere à formação dos profissionais, estes frequentam atividades formativas de interesse para a área de SIP proporcionadas pela instituição, com vista à atualização dos seus

conhecimentos, de forma a garantirem uma prestação de cuidados baseada na melhor evidência disponível.

No serviço, os enfermeiros prestam também tutoria a alunos de enfermagem, contribuindo para o seu desenvolvimento como enfermeiros de cuidados gerais, e também a alunos de MESIP, possibilitando o desenvolvimento de competências de EESIP, com especial enfoque na área de cirurgia pediátrica.

Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo estágio decorreu entre os períodos de 19/04/2024 a 15/05/2024, e posteriormente entre 17/10/2024 a 19/11/2024.

Este serviço tem como objetivo o tratamento de crianças com idade inferior a 18 anos, em situações de doença aguda, urgente e emergente, podendo existir referenciação por parte de outros serviços de saúde ou através do acesso direto. O facto de os profissionais do serviço terem formação adequada para intervirem em casos de trauma, permite que possam ser admitidas crianças em situação de trauma grave, existindo ainda apoio por parte da especialidade de cardiologia pediátrica e pedopsiquiatria sempre que necessário.

Dada a necessidade de, perante diferentes situações de urgência, as crianças serem classificadas com diferentes níveis de prioridade de atendimento, de forma a permitir uma resposta mais adequada às necessidades apresentadas por cada criança, o serviço encontra-se organizado por diferentes áreas funcionais. Desta forma, após passarem pelo local de triagem as crianças são alocadas a diferentes áreas específicas, consoante a classificação que lhes é atribuída, existindo distinção entre crianças com patologia do foro ortopédico, cirúrgico e médico. Neste sentido, importa abordar que são variadas as patologias presentes em contexto de urgência, indo desde fraturas por quedas ou acidentes, a queimaduras graves e infeções respiratórias. Importa referir que, durante o ENP que decorreu neste contexto, foi evidente que nem todas as situações admitidas justificavam a ida ao serviço de urgência, nomeadamente, idas por hipertemia há menos de 5 dias em crianças, e até mesmo devido a unhas encravadas.

O serviço encontra-se corretamente sinalizado, permitindo o fácil acesso aos meios complementares de diagnóstico e bloco operatório, quando necessário. Para além disto, é possível verificar que este se encontra decorado, existindo pinturas nas paredes, tornando este espaço mais agradável para as crianças/adolescentes que recorrem ao serviço. Perante isto, foi perceptível a preocupação por um ambiente mais acolhedor e familiar para as crianças admitidas. Este aspeto vai ao encontro daquilo que refere a literatura relativamente à importância da adequação dos espaços hospitalares, de forma a minimizar o impacto da

hospitalização, que enfatiza a relevância de, em serviços que acolhem crianças, existir um ambiente colorido, onde existam ilustrações e até mesmo móveis e equipamentos com variadas cores e formas geométricas, elementos representativos do universo infantil (Casseiro et al., 2020).

A nível estrutural o serviço apresenta uma área de admissão, dois postos de triagem, onde as crianças são avaliadas pelo enfermeiro, sendo atribuída uma pulseira com determinada cor, de acordo com a classificação obtida no sistema de triagem adotado no serviço, e que estabelece a prioridade no atendimento. A existência deste sistema de triagem nos serviços de urgência, ao possibilitar o estabelecimento de prioridades de atendimento, permite que se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica, conforme recomendado no Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. Este sistema de triagem classifica a urgência do atendimento através de critérios, que após a avaliação completa da criança culmina na atribuição de uma pulseira com determinada cor, sendo a cor azul referente a uma situação não urgente, a cor verde diz respeito a uma situação pouco urgente, a cor amarela determina uma situação urgente, a cor laranja associa-se a uma situação muito urgente e a cor vermelha é atribuída em situações emergentes. Com base no Despacho n.º 3762/2015, todos os serviços de urgências pediátricas devem ter implementados o Sistema de Triagem de Manchester ou o Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale. A Triagem de Manchester, na idade pediátrica, é mais suscetível a erros, não só devido à variedade de patologias e sua gravidade, como também devido à falta de especificidade das próprias queixas, dado que são referidas por uma outra pessoa (Andrade et al., 2008). Contudo, a eficácia e qualidade deste tipo de triagem aumenta, se aplicada por profissionais com treino adequado e especialidade pediátrica. Por outro lado, no que se refere à Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale, esta apresenta um conjunto de queixas principais que se subdividem em queixas mais específicas, e apresentam modificadores de primeira ordem que se referem à abordagem relativamente aos parâmetros vitais, e modificadores de segunda ordem que são específicos de determinadas queixas (Gomes et al., 2019). Estes segundos modificadores apoiam os modificadores de primeira ordem, que muitas vezes não são suficientes para uma correta atribuição de prioridade. Desta forma, este tipo de triagem possibilita uma classificação mais rápida do cliente, tendo em consideração a urgência, risco e gravidade da sintomatologia apresentada. Para Januário et al. (2015) citado por Gomes et al. (2019), o sistema de triagem Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale apresenta-se como uma mais-valia para utilizar em idade pediátrica.

Para além das áreas acima referidas, o serviço conta ainda com uma área de “fast track”, para onde são encaminhados os doentes não urgentes, uma área cirúrgica, local para onde se dirigem os doentes cirúrgicos e ortopédicos, duas áreas médicas: a área médica I, onde estão os doentes previamente classificados como pouco urgente ou urgente; e a área médica II, onde se encontram os doentes classificados com muito urgente ou urgente. A acrescentar a isto, o serviço dispõe também de uma sala de emergência, com duas camas e devidos dispositivos de

suporte, que é ocupada apenas com situações emergentes, no sentido de avaliar a criança em situação de risco de vida e estabilizá-la. Por último, existe também uma área apropriada para um internamento de curta duração, com capacidade para receber oito crianças/adolescentes, onde as crianças que requerem um período de observação mais longo se acomodam, até um período máximo de 24h.

Desta forma, e com base Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, que identifica os padrões mínimos relativos à estrutura e recursos humanos dos Serviços de Urgência, entende-se que este serviço se enquadra nas características exigidas.

No que se refere aos recursos materiais existentes no serviço, estes estavam providos de dispositivos de monitorização e equipamentos médicos, bem como materiais de consumo essenciais para a prestação de cuidados às crianças, quer em situações agudas, quer em situações emergentes.

Relativamente aos recursos humanos disponíveis no serviço, a equipa conta com elementos de enfermagem com uma vasta experiência na área de urgência e emergência pediátrica, sendo também constituída por enfermeiros iniciantes. Importa ressaltar que, na área da triagem estão alocados apenas EESIP com vasta experiência, e com formação no sistema de triagem implementado. A equipa é formada por um total de 52 enfermeiros, dos quais 20 são EESIP, sendo que o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem emanado pelo Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros refere que em contexto de urgências pediátricas 50% dos enfermeiros devem ser EESIP.

Em contexto de urgência de pediatria, a formação dos profissionais na área é um fator relevante e importante para a adequação dos cuidados prestados, e para a autoconfiança dos enfermeiros durante a sua prestação de cuidados (Pereira & Galvão, 2022). Os mesmos autores determinaram que, a aquisição de conhecimentos necessários e o desenvolvimento das competências por parte dos enfermeiros, resultam numa maior satisfação destes profissionais durante a sua prestação de cuidados. Para além disto, este contexto implica uma adaptação constante do enfermeiro às situações admitidas, requerendo que ele identifique sinais e sintomas que sejam sugestivos de condições que podem colocar em causa a vida da criança/adolescente, e realize uma avaliação clínica rápida, considerando a individualidade e os valores inerentes à criança/família. Desta forma, a formação contínua permite que o enfermeiro se sinta seguro, dominando conhecimentos, técnicas e práticas, o que se traduz num aumento da confiança e segurança durante a prestação de cuidados, transmitindo isto para os pais e para a criança.

No serviço, os enfermeiros prestam também tutoria a alunos de MESIP, possibilitando o desenvolvimento de competências de EESIP, com especial enfoque na área de urgência e emergência pediátrica.

No que se refere aos métodos de trabalho utilizados, o serviço adota o método de trabalho em equipa, existindo um responsável de turno, que normalmente é EESIP, e que assume as funções de coordenação da equipa durante o turno, podendo mobilizar os restantes elementos, para as diferentes áreas, conforme as necessidades de cuidados no decorrer do turno e o fluxo de doentes no serviço. Para além disto, o enfermeiro responsável de turno assegura o posto de trabalho associado à sala de emergência e, por vezes, quando existe, menor afluência, assegura também a área cirúrgica. O método de trabalho em equipa permite que cada profissional desenvolva e potencialize as suas habilidades e qualificações, bem como, com vista à prestação de melhores cuidados, são otimizadas as capacidades coletivas do grupo (Ventura-Silva et al., 2021).

Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais

O ENP no serviço de neonatologia decorreu num primeiro momento entre 16/05/2024 e 07/06/2024, e num segundo momento entre 20/11/2024 e 19/12/2024.

O serviço de neonatologia tem como principal objetivo proporcionar cuidados de saúde aos recém-nascidos, abrangendo atendimentos de natureza intensiva, intermédia ou especializada (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017). Para além disto, atendem crianças que necessitam de cuidados neonatais devido à prematuridade e a anomalias congénitas, como são exemplo a atresia esofágica e a síndrome de desconforto respiratório, permitindo sempre que possível o envolvimento dos pais no processo, integrando-os na dinâmica de cuidados

O ENP decorreu num serviço de neonatologia integrado num hospital do Norte, sendo este um centro de referência de cuidados neonatais, para a região Norte de Portugal. Desta forma, para além dos recém-nascidos prematuros ou com necessidade de prestação de cuidados complexos provenientes da sala de partos ou do bloco de partos, do serviço de obstetrícia ou do serviço de atendimento permanente pediátrico do hospital, o serviço recebia também recém-nascidos transferidos de outros hospitais do Norte.

A nível estrutural o serviço apresenta-se pintado de cor roxa, o que alude à prematuridade, tendo divulgadas fotos, com os respetivos nomes da equipa multidisciplinar ao longo do corredor do serviço. Esta organização permite, por um lado, que os pais vão conhecendo a equipa que presta cuidados ao seu filho, bem como permite o estabelecimento de uma relação de maior proximidade, podendo contribuir para uma melhor perceção, por parte dos pais, relativamente à disponibilidade dos profissionais.

A unidade conta com uma zona de receção, onde tem o balcão administrativo, com uma sala provida de casa de banho e cacifos, onde os pais podem colocar os seus pertences aquando da

entrada no serviço, uma sala onde os pais poderem relaxar, ver televisão e comer, e ainda com uma outra sala onde as mães podem extrair o leite materno. Para os pais, a garantia de um ambiente que promova a privacidade e proximidade do filho, bem como a existência de um espaço adequado, com controle de estímulos sensoriais, limpeza, segurança, e com instalações para cuidar de si, apresentam-se como importantes requisitos para a sua permanência no serviço (Meert et al., 2013). Para além destes aspetos, os mesmos autores evidenciam que, a existência de uma cama para dormir no espaço da unidade de neonatologia contribui de forma significativa para a redução do stress vivenciado por estes pais.

A presença dos pais no serviço é permitida consoante os horários estabelecidos pela equipa, uma vez que durante a preparação de alimentações parentéricas e soros compostos, por forma a maximizar a segurança destes procedimentos, é solicitado aos pais que deixem a sala por um determinado período de tempo. Também durante o período noturno os pais não se encontram presentes, uma vez que não existem condições suficientes no serviço para garantir a sua presença. Contudo, Oliveira e Brandão (2024) reforçam a importância de fornecer um ambiente acolhedor para que os pais estejam presentes e sejam envolvidos no cuidado ao filho, durante todo período de internamento.

Para além disto, o serviço apresenta-se dotado com 12 incubadoras na sala de cuidados intensivos neonatais, e 10 berços com 2 salas de isolamento na unidade de cuidados intermédios neonatais. Ambas as salas apresentam um frigorífico, que permite o armazenamento da medicação e dos leites.

Quanto aos recursos humanos, a equipa é constituída por 52 elementos de enfermagem, sendo 29 EESIP. Estes elementos encontram-se distribuídos por diferentes equipas, constituídas por 10/11 elementos, que contam, obrigatoriamente, com EESIP e com outros enfermeiros com vasta experiência na área. Em cada um dos turnos, existe uma média de oito enfermeiros, sendo que consoante as necessidades estão divididos entre os cuidados intensivos e os intermédios, sendo normalmente alocados cinco enfermeiros nos intensivos, devido à complexidade dos cuidados a prestar, e três nos intermédios. De acordo com o Parecer n.º 10/2018 emitido pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, o rácio aconselhado nos cuidados intensivos é de um enfermeiro por cada recém-nascido, em qualquer um dos turnos, e na sala de cuidados intermédios é de um enfermeiro para cada dois recém-nascidos no turno da manhã, e um para cada três, quer seja no turno da tarde, quer seja no turno da noite, devendo estar garantida, nas 24h, a presença de dois EESIP por cada três enfermeiros de cuidados gerais, e pelos menos 75% dos enfermeiros presentes no turno deverão ter, pelo menos, dois anos de experiência em pediatria.

Para além disto, um dos enfermeiros presentes na sala de cuidados intensivos neonatais assume o lugar de responsável de turno, existindo ainda um outro que fica responsável pelas eventuais admissões que possam existir no serviço e pela verificação do equipamento

necessário para transferir um recém-nascido (incubadora de transporte e mala de equipamento médico), assim como do material de emergência, para que todos os recursos se encontrem preparados, no caso da ocorrência de alguma situação imprevista.

Relativamente ao método de trabalho utilizado, o serviço usa o método individual, uma vez que cada enfermeiro fica responsável pela prestação de cuidados a determinados recém-nascidos. No entanto, em situações de maior complexidade foi possível observar uma relação de entreajuda entre os profissionais, bem como em casos de admissão é perceptível a existência de um trabalho em equipa entre os profissionais. Este método oferece ao cliente a oportunidade de receber cuidados personalizados, fortalecendo a relação de confiança com o enfermeiro e permitindo um atendimento mais próximo e adaptado às suas necessidades (Parreira et al., 2023), o que no contexto de neonatologia, dada a vulnerabilidade dos pais e a necessidade de comunicação de notícias difíceis, é uma mais-valia. No entanto, isso pode representar um desafio dado o envolvimento emocional do enfermeiro com a família, podendo ainda haver variações, na qualidade dos cuidados prestados, devido às diferentes competências de cada enfermeiro.

No que se refere a projetos de desenvolvimento de melhoria da qualidade, os enfermeiros do serviço são elementos integrantes da UMAD, quando necessário, de forma que aquando do regresso a casa, em situações de especial complexidade ou de identificação de dificuldades por parte dos pais na assunção do papel parental, seja possível o agendamento de uma visita domiciliária. Esta visita é programada no momento do regresso a casa, sendo articulada previamente entre os pais, a equipa de enfermagem e a equipa médica. Normalmente, a visita é realizada por um EESIP com experiência na área dos cuidados intensivos neonatais, sendo elemento integrante deste serviço. Para além deste projeto, o serviço dispõe de um período, à terça-feira de manhã, onde são desenvolvidas atividades pelos profissionais do serviço no sentido de promover o papel parental, melhorando o conhecimento dos pais acerca de diversas temáticas sobre as necessidades desenvolvimentais do recém-nascido.

Relativamente ao processo formativo, os enfermeiros que trabalham no serviço participam em atividades formativas relativas à neonatologia, procurando atualizar-se relativamente a novas práticas, assim como conhecer novas tecnologias implementadas nos serviços de cuidados neonatais.

No serviço, os enfermeiros prestam também tutoria a alunos de enfermagem, contribuindo para o seu desenvolvimento como enfermeiros de cuidados gerais, e também a alunos de MESIP, possibilitando o desenvolvimento de competências de EESIP, com especial enfoque na área de cuidados neonatais.

UCC

O ensino clínico referente à UCC, foi realizado entre 11/06/2024 e 28/06/2024, e num segundo período entre 06/01/2025 e 05/02/2025, num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região Norte.

Os ACeS são serviços que integram o Serviço Nacional de Saúde, e que englobam diferentes unidades funcionais, prestando cuidados a uma população de determinada área geográfica (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008). Dessas unidades funcionais, fazem parte as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as UCC, ambas constituídas por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, e em intercooperação com as restantes unidades funcionais do ACES (Decreto-Lei n.º 52/2022). Apesar de ter tido a possibilidade de experienciar o contexto de USF, durante um turno, acompanhando uma EESIP que contemplava a equipa da USF, o ENP foi realizado maioritariamente em contexto de UCC, pelo que irá ser dado mais relevo às características deste serviço.

A UCC presta cuidados de saúde, no âmbito dos cuidados de saúde primários, podendo estes cuidados ser preventivos ou curativos, e englobar um único indivíduo, ou a família e até mesmo grupos, dependendo do contexto em que se aplicar (Decreto-Lei n.º 52/2022). A equipa que constitui o serviço pode então prestar cuidados ao domicílio, na comunidade ou na unidade, orientando a sua prática para as necessidades expressas do seu público-alvo, e integrando os seus contextos sociais e culturais.

A nível estrutural, a UCC encontra-se num edifício que integra duas USF, e dispõe de uma sala de espera, juntamente à zona administrativa, possuindo um gabinete para o enfermeiro coordenador e um elemento da Saúde Mental, sendo este o profissional de apoio à gestão. Existe ainda um gabinete partilhado entre os um elemento de Saúde Materna, um de Saúde Infantil e uma enfermeira de cuidados gerais, e um gabinete para os elementos de saúde escolar, que contemplam um elemento de Saúde Comunitária e um de Saúde Infantil, e outro espaço para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que está dotada de três elementos de Enfermagem de Reabilitação e um enfermeiro de cuidados gerais. A acrescentar a isto, a unidade está dotada de uma sala para consultas individuais, de uma casa de banho para os clientes e de um ginásio para as aulas de preparação para o parto e parentalidade e para realização das sessões de massagem infantil. A UCC conta com apoio de um médico, mais direcionado para auxílio à ECCI, e com a Unidade Apoio Recursos Assistenciais Referenciados (URAP), constituída por profissionais de diversas áreas da saúde.

A nível de recursos humanos, a equipa da UCC é constituída por onze enfermeiros, de entre os quais dois ESSIP, um atua maioritariamente na SIP, tendo apenas 7h alocadas à saúde escolar, e o outro elemento atua integralmente na saúde escolar. Na UCC, o ESSIP assume sessões de preparação para a parentalidade e realiza sessões de massagem infantil, fornecendo também apoio na amamentação. Estas sessões contemplam o programa de preparação para o parto e para a parentalidade, existindo uma articulação com a especialidade de Saúde Materna, sendo,

no período pré-natal, a abordagem dos temas relacionados com o recém-nascido da responsabilidade da especialidade de SIP e os temas relacionado com a saúde da mulher e com o momento do parto abordados pela especialidade de Saúde Materna. Para além disto, atua também na saúde escolar que apresenta um parque escolar com cerca de 5000 alunos, englobando este número crianças que frequentam as escolas da área de abrangência da UCC desde o ensino pré-escolar até ao 12º ano de escolaridade, sendo realizadas sessões de educação para a saúde à comunidade escolar, bem como dado apoio nas situações identificadas de Necessidades de Saúde Especiais (NSE), que mostraram ser sobretudo relativas a situações de alergias alimentares, diabetes e epilepsia. De acordo com o Parecer n.º 10/2018 emitido pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, a UCC deve estar dotada de 1 EESIP, com 35h semanais por cada 1500 alunos saudáveis, bem como 1 EESIP com 14h semanais para o curso de preparação para a parentalidade, massagem infantil e promoção ao aleitamento materno.

No que se refere à equipa de saúde escolar, esta é integrada a 35h por um elemento de Saúde Comunitária e um de SIP, e ainda um outro de SIP com 7h e um de Saúde Mental com 14h dedicadas à saúde escolar. Esta equipa intervém na comunidade escolar, a qual inclui alunos, docentes, não docentes e encarregados de educação, sendo um elo entre os cuidados de saúde e o estabelecimento de ensino. Com isto, são desenvolvidas diversas atividades no âmbito do cumprimento do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o qual inclui temas de relevo para os diferentes períodos de desenvolvimento, como são exemplo a capacitação de crianças/adolescentes acerca de competências socioemocionais, da educação para os afetos e a sexualidade, e da alimentação saudável e atividade física (DGS, 2015). A equipa de saúde escolar da UCC desenvolve ainda alguns projetos em articulação com as escolas, nomeadamente o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar, que tem como objetivo a implementação, de forma estruturada e sustentada, da educação sexual nas escolas, envolvendo o trabalho conjunto entre os profissionais de educação e as equipas de saúde escolar, e podendo ser implementado desde o 1º ciclo até ao secundário, recorrendo a atividades pré-definidas pelos autores do projeto que têm em consideração o período desenvolvimental das crianças e jovens. Para além disto, a UCC intervém também em articulação com a Câmara Municipal, implementando um projeto relativo aos aspetos relacionados com o acidente vascular cerebral, direcionado para os alunos do 1º ciclo.

Ainda no âmbito da saúde escolar, o projeto relativo às NSE surge como forma de intervenção e apoio às crianças com doenças crónicas que necessitam ou podem necessitar de cuidados específicos em contexto escolar, sendo necessária a elaboração de um plano de saúde individual (PSI) que atenda às necessidades específicas da criança, promovendo a sua autonomia e a integração na escola.

No que respeita à área da SIP, a UCC tem como projetos o curso de preparação para a parentalidade, que ocorre durante a gravidez e tem como público-alvo os casais grávidos, sendo

que a EESIP ministra quatro sessões com temas relativos ao recém-nascido, referentes aos cuidados ao recém-nascido, o sono, a segurança infantil e a amamentação. Esta capacitação através da realização de sessões permite a promoção das competências parentais, facilitando a transição para a parentalidade. Para além deste curso, a EESIP é responsável pelo projeto de apoio à amamentação, onde é fornecido apoio não só presencial, como também telefónico às mães que apresentem questões relativas à amamentação. Uma outra área de atuação da EESIP é o curso de massagem infantil, que apresenta uma duração de aproximadamente 90 minutos, durante quatro a cinco semanas. Este curso tem como público-alvo os pais e lactentes, a partir das quatro semanas de vida, com o objetivo de promover a vinculação, o alívio das cólicas e a estimulação do lactente. Todos estes projetos, anteriormente mencionados, permitem uma resposta eficaz perante as orientações fornecidas pela DGS relativas à vigilância da SIP, e que visam dar resposta o PNSIJ (DGS, 2013).

Em relação a projetos de desenvolvimento de melhoria da qualidade, a UCC implementa internamente, um plano de formação contínua para todos os profissionais que integram o serviço. Este plano tem em conta as necessidades de formação expostas pela equipa e a superação dos indicadores que cada projeto se propõe alcançar. Para além disto, existe também disponibilização de um determinado número de horas que cada profissional pode utilizar, para realizar formação nas áreas de interesse, durante o período laboral.

A passagem pelos diversos contextos clínicos permitiu que desenvolvesse competências de EESIP, refletindo acerca das melhores práticas a utilizar em cada contexto, tendo em conta as diferentes dinâmicas de trabalho dos profissionais e necessidades apresentadas pelos pais e pelas crianças, que variavam consoante a especificidade de intervenção de cada serviço. Esta necessidade de intervir de acordo com as especificidades, relevou para a elaboração das conceções de cuidados ao longo do ENP, encontrando-se duas delas explanadas no próximo capítulo.

3. CASO CLÍNICO - CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Criança com 13 meses, deu entrada no serviço de urgência por hipertermia, desde há cerca de 5 dias, e atualmente com dificuldade respiratória. Sem antecedentes relevantes. Vem acompanhado pela mãe.

3.1. Enquadramento teórico

Toddler

Desenvolvimento físico

O período entre 12 meses e 3 anos é uma fase de transição importante no crescimento físico da criança. Embora o crescimento desacelere em comparação com os primeiros anos de vida, ele continua a apresentar características específicas (Hockenberry & Wilson, 2019). Segundo a mesma fonte, no que se refere ao peso, em média a criança nesta faixa etária pesa cerca de 12 kg, sendo que o aumento de peso é de aproximadamente 1,8 a 2,7 kg por ano; enquanto a altura aumenta, em média, 7,5 cm por ano, havendo uma diminuição na velocidade de aumento do perímetro cefálico e um aumento do perímetro torácico. Desta forma, a criança, embora continue a crescer, passa a ter uma aparência mais alta e esguia, com um ritmo de crescimento mais lento, mas constante.

Ainda no domínio do desenvolvimento físico, as curvas de crescimento são uma ferramenta que apresenta um papel fundamental, pois possibilita o acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento de cada criança. Quando uma criança se encontra dentro dos parâmetros estabelecidos, isso indica que seu crescimento está seguindo um padrão saudável, o que é essencial para garantir uma vida plena e saudável. Desta forma, essas curvas refletem de forma mais precisa o desenvolvimento ideal, considerando as variações entre diferentes países e etnias (DGS, 2013).

Importa ressaltar que, durante o período desenvolvimental em que esta criança se encontra, as curvas a utilizar são as que se referem ao peso, comprimento, índice de massa corporal e perímetro cefálico (DGS, 2013).

Este processo de crescimento ocorre paralelamente ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional, criando a base para o próximo estadió de desenvolvimento.

Desenvolvimento psicomotor

O período da idade toddler é marcado pela incessante exploração do ambiente, de forma que a própria criança consiga perceber o modo de funcionamento daquilo que a rodeia, e perceber de que forma pode controlar os outros através de passagens de negativismo, mau humor e teimosia (Rodgers, 2018). Assim, segundo o mesmo autor existe um grande desenvolvimento intelectual e motor, evidenciando, sobretudo, as suas habilidades motoras grossas e finas em todas as atividades diárias, como nos jogos, brincadeiras, no vestir-se, na compreensão da linguagem, na resposta à disciplina, na interação social e na propensão a lesões. Nesta idade ocorrem não só alterações a nível das competências cognitivas e físicas da criança, mas também a nível da expressão da sua personalidade e forma de interação com os outros, evidenciando-se assim, o início da aquisição da autodeterminação, autonomia e a interiorização de regras (Papalia & Feldman, 2013).

Portanto, tendo em conta a idade desta criança, é expectável que comece a desenvolver a capacidade de se colocar de pé e, eventualmente, movimentar-se de um local para o outro; comece a evidenciar alguma coordenação motora; seja capaz de interagir com o meio que a rodeia, através das informações recebidas pelos órgãos dos sentidos; e imite ações simples que observe. É também durante este período que apresenta a habilidade de focar-se num brinquedo ou atividade que lhe desperte interesse (Serrano, 2018).

Ainda neste período de desenvolvimento, o toddler tende a desenvolver uma atitude mais desafiadora, nomeadamente, em situações que lhe provoquem frustração, ou em que apresente algum desconforto, como cansaço ou fome (Duffy, 2019). Isto acontece, pois, o toddler ainda está a aprender a gerir as suas próprias emoções, e perante algumas situações desafiantes, ele necessita de aprender a gerir a sua frustração.

Necessidades desenvolvimentais

Durante este período desenvolvimental, segundo Silva et al. (2022), a criança desenvolve a capacidade de controlo dos esfíncteres, mostrando-se capaz de informar um adulto quando sente necessidade de ir à casa de banho. Desta forma, é durante este estadió de desenvolvimento que surge a oportunidade de iniciar o desfralde. No caso vivenciado, a criança ainda se encontrava a desenvolver esta capacidade, pelo que se mantinha ainda com o uso de fralda.

No que se refere ao padrão de sono, e tendo por base as orientações da OE (2023), o número de horas de sono diário, recomendado para um toddler, varia entre as 11h e 14h, incluindo os períodos de sesta. Segundo a mesma entidade, entre os 12 meses de idade e os 18 é expectável que o toddler deixe de apresentar um sono polifásico, isto é, passe a adquirir um padrão de sono mais consolidado, com um longo período de sono noturno e com um número decrescente de sestas.

Relativamente ao padrão alimentar de crianças neste período desenvolvimental, é importante que os pais proporcionem uma alimentação variada, ainda que possa existir rejeição por parte da criança a determinado tipo de alimentos. Isto porque, no período toddler é comum existir a rejeição de novos alimentos, que não façam parte, preferências alimentares da criança, nomeadamente alimentos como verduras e vegetais (OE, 2023). No entanto, é fundamental que os pais/cuidadores entendam que é uma fase transitória, e que devem persistir na introdução de novos alimentos, promovendo hábitos alimentares saudáveis.

Vinculação

O sistema de vinculação da criança está profundamente conectado ao sistema de cuidados parentais, cujo propósito é proteger e cuidar da criança, assegurando sua sobrevivência e bem-estar (Instituto de Apoio à Criança, 2022). Assim sendo, a vinculação na criança caracteriza-se pela sua seletividade, através da procura da proximidade física, do conforto e segurança, enquanto o comportamento de vinculação refere-se a qualquer ação que tenha como objetivo estabelecer uma relação próxima e protetora entre a criança e a figura de vinculação, especialmente em momentos de ansiedade ou stress.

A mesma entidade afirma que, as figuras de vinculação desempenham funções essenciais no desenvolvimento da criança, sendo responsáveis por proporcionar cuidados físicos e emocionais, garantindo o suporte necessário para o bem-estar da criança. Além disso, é fundamental que haja continuidade e consistência na presença dessas figuras ao longo da vida da criança, oferecendo estabilidade e segurança. Por fim, estas figuras fazem também um investimento emocional significativo na criança, fortalecendo os laços afetivos e contribuindo para o seu desenvolvimento saudável.

No caso apresentado, a figura de vinculação do toddler era a mãe, apresentando esta comportamentos de sensibilidade e responsividade, dado que interpretava a criança corretamente e respondia-lhe de forma adequada, satisfazendo as suas necessidades. Segundo este tipo de vinculação, apresenta um impacto positivo para o desenvolvimento saudável da criança, estabelecendo uma relação de vinculação segura com o cuidador, contribuindo para o desenvolvimento da linguagem e da cognição, e para o desenvolvimento de competências socioemocionais da criança (Instituto de Apoio à Criança, 2022).

Nesta fase desenvolvimental, no que se refere ao processo de vinculação, é expectável que a criança se torne cada vez mais independente, e inicie a formação de vínculos com várias pessoas presentes na sua vida, que lhe respondam de forma sensível (Instituto de Apoio à Criança, 2022).

Dificuldade Respiratória e Hipertermia

As emergências relacionadas com o sistema respiratório estão entre as causas mais frequentes

de internamento em idade pediátrica, sendo dos diagnósticos encontrados, mais frequentemente, no serviço de urgência pediátrica (Moura et al., 2022). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), a população pediátrica, sobretudo os lactentes e as crianças pequenas, são particularmente vulneráveis para desenvolverem distúrbios respiratórios graves devido a uma combinação de fatores anatómicos, fisiológicos e imunológicos característicos dos toddler. O facto de as crianças possuírem vias respiratórias relativamente mais estreitas, bem como um menor desenvolvimento da musculatura respiratória e da caixa torácica torna-as mais propensas a terem dificuldades a nível respiratório, em situações em que, o sistema respiratório possa estar comprometido. A acrescentar a isto, o facto de os toddler apresentarem uma frequência respiratória mais elevada, no caso de um comprometimento respiratório leva a que, a situação evolua de forma mais rápida e possa ter maior gravidade.

Assim sendo, é essencial prevenir, diagnosticar e tratar precocemente dificuldades respiratórias graves. O enfermeiro apresenta um importante papel na identificação de sinais de dificuldade respiratória, como respiração rápida, uso da musculatura acessória, observação da coloração da pele e verificação de sons respiratórios anormais (Monteiro et al., 2003). Desta forma, uma identificação e intervenção precoce são essenciais para garantir a redução do risco de complicações graves, como alterações nas funções cerebrais, resultando em sonolência e por vezes podendo ocorrer alterações ao nível da consciência, provocando alterações a nível do ritmo cardíaco, e potenciando a ocorrência de arritmias.

A hipertermia é uma resposta imunológica a um potencial agente infeccioso ou não, levando à diminuição da reprodução microbiana (Casanova, 2012). Isto porque, corresponde à elevação da temperatura corporal, sendo que pode ocorrer em diversas situações, incluindo em resposta a infeções. Frequentemente, encontra-se associada a uma reação do corpo a um processo infeccioso, dado que o sistema imunológico aumenta a temperatura corporal para ajudar a combater microrganismos invasores, tornando o ambiente corporal menos favorável para o seu desenvolvimento. O mesmo autor refere que, em contexto pediátrico, a hipertermia é o sinal mais frequente de que existe uma doença e é, também, um dos parâmetros mais relevantes para avaliação. No entanto, é importante salientar que o valor da temperatura corporal, por si só, não é indicador da gravidade da doença. Para além da temperatura corporal, é fundamental a avaliação da frequência cardíaca e respiratória para identificarmos possíveis causas e identificar a gravidade da situação.

Perante alterações da temperatura corporal, é importante ter em conta aspetos como, a alteração do estado de consciência, o aumento da sonolência, o desconforto e, sobretudo, o aumento da possibilidade de ocorrer desidratação, que resulta, quer da própria condição subjacente à febre, quer da perda direta e indireta de líquidos (Casanova, 2012).

Para os pais, esta condição, representa uma vivência de um nível elevado de ansiedade e stress, apresentando uma alta conotação negativa (Casanova, 2012). Desta forma, os

enfermeiros representam um importante papel na alteração deste significado, capacitando os pais acerca da gestão de hipertermia e prevenção de complicações.

Hospitalização

A hospitalização pode ser uma experiência difícil, pois os pais precisam de se ajustar a um novo papel, adquirindo novas competências e estando numa situação de maior vulnerabilidade. Esta transição envolve, então, um ajustamento por parte deles, além de, lidar com a preocupação constante relativa ao estado de saúde da criança (Batalha, 2017). A criança, por sua vez, olha para o ambiente hospitalar como um ambiente estranho, traduzindo-se em sensações de insegurança e medo, que se intensificam devido à alteração da sua rotina (Tavares, 2011). Para além disto, a associação do hospital à dor e à realização de procedimentos invasivos gera ansiedade nas crianças, contribuindo para o aumento do sofrimento emocional (Araújo et al., 2021).

Perante tudo isto, o enfermeiro deve adotar estratégias na implementação dos seus cuidados que permitam uma diminuição do stress sentido pelas crianças (OE, 2015). Estas estratégias passam por permitir a presença dos pais junto dos filhos durante o período de hospitalização, pela utilização de meios de distração, como livros, música ou brinquedos, e durante a comunicação com a criança utilizar um tom de voz calmo, com palavras simples e adequadas para a idade em questão (Araújo et al., 2021; OE, 2015). Para além disto, e tendo em conta que, os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, a relação de parceria no exercício profissional dos enfermeiros em contextos de cuidados pediátricos, revela-se essencial para um cuidado centrado na criança e família (Moura et al., 2022). Também a interação e a comunicação, subjacentes a essa relação de parceria permitem que as intervenções de enfermagem inerentes à promoção e manutenção do bem-estar da criança sejam tendencialmente mais efetiva.

Modelo da parceria de cuidados

A hospitalização não é um processo isolado, pelo que a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados em casa são fundamentais para a recuperação da criança (Monteiro & Cerqueira, 2020). Desta forma, os pais, como principais cuidadores, precisam de ser capacitados e apoiados no desempenho do seu papel parental. Assim, a inclusão dos pais no processo de cuidados durante a hospitalização de um filho é um aspeto crucial neste período, especialmente porque deverá envolver a parceria entre os profissionais de saúde e os próprios pais, que são, na maioria das vezes, as pessoas mais presentes na vida da criança. Esta inclusão é fundamental, pois eles são as melhores pessoas para cuidar da criança, conhecendo melhor que ninguém as suas necessidades, rotinas e preferências. Os mesmos autores referem que, o modelo da parceria de cuidados permite uma abordagem centrada, quer na criança, quer na família, permitindo uma comunicação mais eficaz, desenvolvendo uma conceção de cuidados mais personalizado, e possibilitando o empoderamento da família, o que favorece a melhoria da

qualidade dos cuidados prestados.

A relação entre os pais e os profissionais de saúde beneficiará com a parceria contínua, sem limites rígidos para a participação dos pais nos cuidados. Esta parceria envolve uma negociação colaborativa sobre quais são os objetivos dos cuidados prestados, quais as melhores formas para atingir esses objetivos, e qual o tempo necessário (Casey, 1993; Lopes, 2012). O enfermeiro deve mostrar-se disponível para informar, orientar e capacitar os pais continuamente, ajustando aquilo que é transmitido às necessidades dos pais e da criança, e definindo, conjuntamente com os pais, uma conceção de cuidados que seja realista e adaptado à realidade familiar.

A parceria estabelecida com os pais deve ser, então, orientada pelos objetivos terapêuticos traçados e negociados, e que reflitam uma intencionalidade terapêutica. Assim sendo, segundo Sousa et al. (2023) existem sete intencionalidades terapêuticas associadas a este modelo: promoção da participação dos pais nos cuidados do tipo desenvolvimental; promoção de competências parentais para prestar cuidados complexos; promoção de participação dos pais nos cuidados complexos quando as competências parentais forem avaliadas como eficazes; melhoria no desempenho dos pais para realizar os cuidados complexos, quando um potencial de valorização de competências dos pais para realizar os cuidados complexos foi identificado; redução do nível de desgaste associado ao papel parental em pais de crianças com necessidades especiais permanentes, facilitando, durante a hospitalização, o descanso no exercício do papel; preparação dos pais para prestar cuidados complexos; e preparação dos pais para promover a autonomia da criança.

No caso apresentado, pode-se considerar que a parceria estabelecida é colaborativa, uma vez que existiu uma troca contínua de informações, conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde e a mãe, tendo sido em conta os seus valores e preferências na prestação de cuidados. Nesta parceria, a principal intencionalidade terapêutica foi promover a participação da mãe nos tipos de cuidados desenvolvimentais, uma vez que existe alteração daquilo que são os cuidados habitualmente prestados no exercício do seu papel parental, mas que são resultado de situações clínicas transitórias decorrentes de doença comum. Desta forma, a parceria de cuidados deve orientar para a facilitação de uma parentalidade que, ao incorporar novas atividades decorrentes deste período desenvolvimental, assume um caráter de suporte (Sousa et al., 2023).

Teoria das Transições

A vivência de um processo de hospitalização, decorrente de uma situação de doença, pode ser um evento potenciador de stress, e que pode dificultar a vivência do processo de transição de forma saudável.

No que respeita à mãe, a transição que decorre deste caso clínico inclui mudanças no estado de

saúde da criança e pode ser classificada como uma transição do tipo desenvolvimental, uma vez que ocorre resultado do processo natural e inevitável de mudanças ao longo do ciclo de vida, existindo a particularidade da ocorrência de um evento crítico que leva à sua hospitalização, de forma inesperada.

As características pessoais e o apoio familiar podem apresentar impacto, quer positivamente, quer negativamente na vivência da transição. Assim, releva perceber de que forma estes fatores estarão a influenciar a vivência desta transição por parte mãe. Desta forma, durante o diálogo com a mãe da criança foi perceptível o apoio familiar que possuía, nomeadamente, de ambos os avós maternos e paternos, bem como mostrou ser uma pessoa com um nível de literacia adequado, mostrando vontade em colmatar conhecimento no que se refere aos aspetos que permitem a melhoria do estado de saúde da criança.

Perante isto, o enfermeiro deverá atuar como elemento facilitador do processo de transição, fornecendo apoio emocional, informativo e instrumental para ajudar a compreender e lidar com as mudanças decorrentes deste evento (Meleis et al., 2000). Assim sendo, o enfermeiro é um elemento da equipa de saúde que deve facilitar a adaptação a um ambiente e contexto diferentes, implementando intervenções que promovam o estado de saúde da criança. Através das terapêuticas de enfermagem, o profissional ajuda a pessoa a adquirir novos conhecimentos, habilidades e recursos necessários para enfrentar a transição de forma eficaz, podendo capacitar a mãe para a gestão da sintomatologia. Desta forma, este profissional atua não só na promoção do desenvolvimento saudável da criança, como também na prevenção da complicação de um novo evento crítico, por forma a que seja adquirida a mestria na assunção do papel parental.

A literacia em saúde permite o empoderamento dos indivíduos, permitindo que estes possam tomar decisões mais conscientes, com vista à redução da morbilidade e a uma utilização eficiente dos serviços de saúde (DGS, 2018). Neste sentido, a literacia em saúde deve apresentar-se como um recurso flexível, capaz de se ajustar às exigências de diferentes períodos desenvolvimentais e contextos sociais, garantindo que cada criança e família tenham o conhecimento e as ferramentas necessárias para tomar decisões informadas (DGS, 2022).

A promoção da literacia em saúde entre os pais é fundamental para o desenvolvimento saudável das crianças, contribuindo para a formação de adultos mais saudáveis e informados (DGS, 2013). Desta forma, para aumentar a literacia em saúde junto dos pais, releva o uso da informoterapia como terapêutica de enfermagem.

A informoterapia tem como intuito a prevenção, promoção e intervenção no âmbito da saúde, através do desenvolvimento do conhecimento sobre uma determinada temática, assegurando a segurança e a eficácia das intervenções em saúde (OMS, 2013). Neste sentido, no caso exposto a mãe foi capacitada acerca da ocorrência de infeções respiratórias, de forma a garantir uma melhor gestão da condição de saúde do filho.

3.2. Clientes

Cliente

Toddler | Idade: 1 ano | Masculino

Mãe/Pai

- 25-10-2024 11:00
 - 25-10-2024 11:00 - Figura parental principal: mãe.
 - 25-10-2024 11:00 - Número de outros filhos: 0.
 - 25-10-2024 11:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
 - 25-10-2024 11:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-25 11:00:00	Salbutamol 200mcg (2puffs), via inalatória, 20/20 minutos	
2024-10-25 11:00:00	Paracetamol, 120mg, via oral, SOS	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Salbutamol, 200mcg (2puffs), via inalatória, 20/20 minutos

- **Grupo medicamentoso:** antiasmático e broncodilatador
- **Indicação terapêutica:** broncodilatação de início de ação rápido (5 minutos), na obstrução reversível das vias respiratórias por asma, bronquite crónica e enfisema
- **Reações adversas frequentes:** tremor, cefaleias e taquicardia
- **Cuidados de Enfermagem:** avaliar frequência cardíaca; avaliar dor; avaliar respiração (expresso na conceção de cuidados)

(Infarmed, 2023)

Ainda no que se refere aos cuidados de enfermagem, importa referir que a via inalatória é considerada a mais adequada para tratamento de doenças respiratórias (Chong-Silva et al., 2020). A escolha desta via implica um cuidado acrescido no manuseamento da medicação a administrar e da câmara expansora, de forma a garantir o efeito terapêutico pretendido. Assim, segundo Simón (2019), é de extrema importância que a técnica inalatória seja realizada de forma correta, devendo para isso posicionar a criança, de forma a manter o tronco elevado, agitar o inalador antes de o adaptar à câmara expansora, mantendo-o sempre em posição vertical. Posteriormente, deve adaptar a máscara à face da criança, garantindo que esta abrange o nariz e a boca, e pressionar o inalador de seguida, mantendo a máscara colocada durante 10 segundos após pressionar (Martins & Ávila, 2019). Antes de iniciar a próxima inalação, uma vez que estão prescritos 2 puffs, deve ser realizada uma pausa de 30 segundos, e no fim higienizar a máscara.

Relativamente à capacitação da mãe para o manuseamento da medicação a administrar e da câmara expansora, durante os turnos não se verificou essa necessidade dado que, ainda não existia informação relativamente à necessidade de continuar a administração desta medicação no domicílio.

Paracetamol, 120mg, via oral, SOS

- **Grupo medicamentoso:** analgésico e antipirético
- **Indicação Terapêutica:** tratamento de curta duração da dor moderada, e febre com duração inferior a 3 dias
- **Contraindicações:** alergia ou hipersensibilidade ao princípio ativo ou excipiente
- **Reações adversas frequentes:** náuseas, vômitos e sonolência
- **Cuidados de Enfermagem:** vigiar presença de vômitos, vigiar presença de sinais de sonolência e avaliar temperatura corporal (expresso na conceção de cuidados)

(Infarmed, 2022)

A avaliação da temperatura corporal da criança após a toma da medicação deve ser realizada 1h depois, dado que é neste momento que atinge o pico máximo de ação, permanecendo o seu efeito até 4-6h após a toma (Infarmed, 2022). Neste sentido, e tendo em consideração a parceria de cuidados existente com mãe, esta foi capacitada relativamente à necessidade de avaliar a temperatura corporal 1h após a toma da medicação.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
25-10-2024 11:00	Consciência	
25-10-2024 11:00	Sistema respiratório	
25-10-2024 11:00	Sistema cardiovascular	
25-10-2024 11:00	Termorregulação	
25-10-2024 11:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
25-10-2024 11:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
25-10-2024 11:00	Desenvolvimento psicomotor	
25-10-2024 11:00	Período toddler	
25-10-2024 11:00	Apetite	
25-10-2024 11:00	Sensações somáticas	
25-10-2024 11:00	Volume de líquidos	
25-10-2024 11:00	Eliminação intestinal	
25-10-2024 11:00	Eliminação urinária	
25-10-2024 11:00	Sono	
25-10-2024 11:00	Desenvolvimento físico	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Consciência

A escolha deste domínio emerge uma vez que a criança apresenta dificuldade respiratória, o que se pode traduzir numa diminuição dos níveis de oxigénio no sangue, podendo ocorrer hipoperfusão dos tecidos e hipoxémia, levando a alteração do estado de consciência, e por vezes levando mesmo à perda de consciência (Monteiro et al., 2003). Para além disto, segundo Casanova (2012), aquando da presença de hipertermia é relevante ter em conta a possibilidade da alteração do estado de consciência.

Sistema respiratório

No que se refere a este domínio, uma vez que o motivo da vinda ao serviço de urgência é a dificuldade respiratória, e dado que as crianças são particularmente vulneráveis para desenvolverem distúrbios respiratórios graves (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017), a avaliação deste domínio, precocemente, releva no sentido de prevenir um agravamento do estado da criança.

Sistema cardiovascular

Este domínio decorre da necessidade de administração da medicação prescrita, nomeadamente o salbutamol, que implica uma monitorização constante da frequência cardíaca (Infarmed,

2023), uma vez que pode levar a taquicardia e despoletar arritmias, pelo que é fundamental a vigilância deste parâmetro na criança. Para além disto, decorrente da dificuldade respiratória poderá também existir o aumento da frequência cardíaca (Monteiro et al., 2003), levando a uma instabilidade no estado clínico da criança.

Termorregulação

Este domínio representa uma das razões pelas quais a criança é trazida ao serviço de urgência, pelo que a sua avaliação é fulcral. Para além disto, importa fazer a avaliação da temperatura corporal dada a suspeita de infeção respiratória que apresenta como sintoma a hipertermia (Casanova, 2012).

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A nomeação deste domínio acontece uma vez que esta avaliação permite não só perceber a relação mãe-filho através da demonstração de sinais de afetividade da mãe para com a criança, como também perceber a sua responsividade, no sentido de ser capaz de suprir as necessidades desenvolvimentais que a criança apresenta nesta fase desenvolvimental (Instituto de Apoio à Criança, 2022). Neste sentido, importa perceber o envolvimento que a mãe apresenta com o filho, uma vez que poderá influenciar a transição, e permite perceber a capacidade da mãe atender às necessidades desenvolvimentais do seu filho, de forma a apoiar o seu crescimento e desenvolvimento adequados.

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

Relativamente a este domínio, a sua avaliação importa dado que para além de ser reflexo daquilo que é a relação do lactente com a mãe permite-nos, tendo por base a parceria de cuidados existente durante a hospitalização, perceber de que forma pode ser feita esta parceria e de que maneira pode esta relação entre filho-mãe ser um fator facilitador no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem. Para além disto, a ligação emocional entre a criança e a mãe pode ser afetada decorrente da hospitalização, existindo uma disrupção no processo vincutivo (Hockenberry & Wilson, 2019) pelo que vigiar este aspeto é fundamental, no sentido de identificar possíveis alterações na vinculação já estabelecida entre a criança e a mãe.

Desenvolvimento psicomotor

Relativamente a este domínio, tendo em conta que o desenvolvimento infantil é um processo contínuo e dinâmico, a identificação de alterações no desenvolvimento psicomotor do toddler, irá permitir a adequação das intervenções do enfermeiro durante a interação com a criança (Hockenberry et al., 2006, como citado em Sousa, 2012). Para além disto, a mudança de ambiente pode levar a que haja uma regressão no desenvolvimento da criança, pelo que é importante a identificação de sinais de alarme (Sousa, 2012), até para possível

encaminhamento se necessário.

Período toddler

A escolha deste domínio relaciona-se com o facto de representar o período de desenvolvimento em que a criança se encontra, permitindo também encerrar em si a área de atenção do enfermeiro naquilo que se refere a aspetos relacionados com o processo adaptativo relativo ao desempenho do papel parental desenvolvimental, que é fundamental para a identificação das necessidades de cuidados. Para além disto, e uma vez que é ainda expectável que a criança necessite de alguns cuidados por substituição por parte dos pais, este domínio foi também selecionado para que seja possível avaliar a resposta que a mãe dá às necessidades específicas inerentes ao seu ciclo vital.

Apetite

A nomeação deste domínio deve-se sobretudo ao facto da criança apresentar dificuldade respiratória, uma vez que isso pode traduzir-se numa maior dificuldade para a criança se alimentar, pois sintomas como a polipneia podem dificultar a ingestão alimentar (Baraldi et al., 2014).

Sensações Somáticas

No que se refere a este domínio, este emerge uma vez que a medicação prescrita, nomeadamente, o paracetamol apresenta como possíveis efeitos secundários a ocorrência de cefaleias (Infarmed, 2022), pelo que a presença ou não de dor deve ser vigiada e avaliada durante toda a prestação de cuidados.

Volume de líquidos

Quanto a este domínio, ele emerge dado que a dificuldade respiratória pode ter como consequência a dificuldade para a criança se alimentar (Baraldi et al., 2014), o que pode levar à ocorrência de desidratação. Para além disto, e visto que a criança apresenta hipertermia há cerca de 5 dias, pode apresentar maior probabilidade de estar desidratada, uma vez que uma das principais consequências da hipertermia é a desidratação (Casanova, 2012).

Eliminação intestinal, Eliminação urinária e Sono

A nomeação destes domínios emerge no sentido de avaliar o padrão da criança, identificando eventuais alterações. Isto porque, o EESIP deve avaliar o desenvolvimento da criança sempre que possível, no sentido de garantir a maximização da saúde da criança.

Desenvolvimento físico

No que diz respeito a este domínio, permite não só detetar alterações relativas ao desenvolvimento físico da criança, como também orienta o enfermeiro na caracterização do

papel parental desempenhado pelos pais.

3.5. Conceção de Cuidados

Consciência

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Consciente.

25-10-2024 11:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

Sensações somáticas

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Sem manifestação de dor.

25-10-2024 11:00 - Determinar sinais de dor

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

Apetite

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

25-10-2024 11:00 - Apetite conservado.

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [às 12H]

25-10-2024 12:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

Sistema respiratório

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Frequência respiratória: 59 ciclos/min.

25-10-2024 11:00 - Ritmo respiratório irregular.

25-10-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico.

25-10-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

25-10-2024 11:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

25-10-2024 11:00 - Com adejo nasal.

25-10-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

25-10-2024 11:00 - Periférico(a): 96 %.

25-10-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

25-10-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente.

25-10-2024 11:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

25-10-2024 11:00 - Sons respiratórios: roncos.

25-10-2024 11:00 - Secreções em moderada quantidade.

25-10-2024 11:00 - Secreções fluídas.

25-10-2024 11:00 - Secreções amareladas.

25-10-2024 11:00 - Limpeza da via aérea comprometida

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

25-10-2024 11:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

25-10-2024 12:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

25-10-2024 11:30 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MANTEVE].

25-10-2024 12:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MANTEVE].

25-10-2024 11:30 - Sons respiratórios: roncos.

25-10-2024 12:00 - Sons respiratórios: normais.

25-10-2024 11:30 - Secreções amareladas.

25-10-2024 12:00 - Secreções amareladas.

25-10-2024 11:30 - Secreções fluídas [MANTEVE].

25-10-2024 12:00 - Secreções fluídas [MANTEVE].

25-10-2024 11:30 - Secreções em pequena quantidade.

25-10-2024 12:00 - Secreções em pequena quantidade.

25-10-2024 11:00 - Melhorar limpeza da via aérea

25-10-2024 11:00 - Aspirar via aérea [SOS]

25-10-2024 11:00 - Executar inaloterapia [30/30 minutos]

25-10-2024 11:00 - Executar lavagem nasal [1x turno; SOS]

25-10-2024 11:00 - Promover papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea

25-10-2024 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-10-2024 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-10-2024 11:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção [RESOLVIDO] 25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de infeção [às 11H30] [FIM] 25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de infeção: facilitador [MELHOROU].

25-10-2024 11:00 - Ensinar mãe/pai sobre prevenção da infeção [FIM]

25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de contaminação [RESOLVIDO] 25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de contaminação [às 11H30] [FIM] 25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de contaminação: facilitador [MELHOROU].

25-10-2024 11:00 - Ensinar mãe/pai sobre prevenção da contaminação [FIM]

25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea [às 11H30]

25-10-2024 11:30 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da limpeza da via aérea.

25-10-2024 11:00 - Ventilação comprometida

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução da ventilação

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da ventilação [30/30 minutos]

25-10-2024 11:30 - Frequência respiratória: 55 ciclos/min.

25-10-2024 12:00 - Frequência respiratória: 56 ciclos/min.

25-10-2024 11:30 - Ritmo respiratório regular [MELHOROU].

25-10-2024 12:00 - Ritmo respiratório regular [MELHOROU].

25-10-2024 11:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

25-10-2024 12:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

25-10-2024 11:30 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

25-10-2024 12:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

25-10-2024 11:30 - Saturação do oxigénio no sangue

25-10-2024 11:30 - Periférico(a): 98 %.

25-10-2024 12:00 - Saturação do oxigénio no sangue

25-10-2024 12:00 - Periférico(a): 99 %.

25-10-2024 11:30 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

25-10-2024 12:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

25-10-2024 11:30 - Coloração da mucosa: rosada.

25-10-2024 12:00 - Coloração da mucosa: rosada.

25-10-2024 11:00 - Melhorar ventilação

25-10-2024 11:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

Sistema cardiovascular

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Localização do Pulso

25-10-2024 11:00 - Punho Direita(o)

25-10-2024 11:00 - Frequência do pulso: 168 pulsações por minuto.

25-10-2024 11:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

25-10-2024 11:00 - Pulso rítmico.

25-10-2024 11:00 - Pulso simétrico.

25-10-2024 11:00 - Temperatura das extremidades

25-10-2024 11:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

25-10-2024 11:00 - Coloração das extremidades

25-10-2024 11:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

25-10-2024 11:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Após administração de medicação]

25-10-2024 11:30 - Localização do Pulso

25-10-2024 11:30 - Punho Direita(o)

25-10-2024 11:30 - Pulso rítmico.

25-10-2024 11:30 - Frequência do pulso: 162 pulsações por minuto.

25-10-2024 12:00 - Localização do Pulso

25-10-2024 12:00 - Punho Direita(o)

25-10-2024 12:00 - Pulso rítmico.

25-10-2024 12:00 - Frequência do pulso: 160 pulsações por minuto.

Eliminação intestinal

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

25-10-2024 11:00 - Fezes: em pequena quantidade.

25-10-2024 11:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

25-10-2024 11:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

25-10-2024 11:00 - Número de defecações por dia: 2.

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

Eliminação urinária

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Urina em pequena quantidade.

25-10-2024 11:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

25-10-2024 11:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

25-10-2024 11:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Termorregulação

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

25-10-2024 11:00 - Região axilar: 36.80 °C.

25-10-2024 12:00

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1/1 hora]

25-10-2024 12:00 - Temperatura corporal periférica

25-10-2024 12:00 - Região axilar: 38.60 °C.

25-10-2024 12:00 - Hipertermia

25-10-2024 12:00 - Prevenir desidratação

25-10-2024 12:00 - Gerir hidratação

Volume de líquidos

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Pele hidratada.

25-10-2024 11:00 - Fontanelas normais.

25-10-2024 11:00 - Ausência de olhos encovados.

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução de sinais de desidratação

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de desidratação [1x turno]

Sono

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 11 Hora.

25-10-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução do sono

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do sono

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

Desenvolvimento psicomotor

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

25-10-2024 11:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

25-10-2024 11:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

25-10-2024 11:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

25-10-2024 11:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

25-10-2024 11:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

Desenvolvimento físico

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Peso: 10.50 Kg.

25-10-2024 11:00 - Percentil do peso: P(50).

25-10-2024 11:00 - Comprimento/Altura: 79.00 cm.

25-10-2024 11:00 - Percentil do comprimento: P(75).

25-10-2024 11:00 - Perímetro cefálico: 47.00 cm.

25-10-2024 11:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).

25-10-2024 11:00 - Índice de massa corporal: 16.82 Kg/m².

25-10-2024 11:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(50).

25-10-2024 11:00 - Determinar evolução do crescimento

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do crescimento [3/3 dias]

Período toddler

25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Período toddler

25-10-2024 11:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

25-10-2024 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [às 12H]

25-10-2024 12:00 - Boa condição do estado nutricional e de hidratação da criança.

25-10-2024 11:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e

promoção da saúde

25-10-2024 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-10-2024 11:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança [RESOLVIDO] 25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [às 11H30] [FIM] 25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador [MELHOROU].

25-10-2024 11:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [FIM] 25-10-2024 11:30

25-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [às 12H]

25-10-2024 12:00 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

3.6. Especificação das intervenções

Posicionar para otimizar a ventilação

- Elevar cabeceira da cama entre 30° e 45 (Neuza et al., 2023)

Executar inaloterapia

- Posicionar a criança, com o tronco elevado;
- Agitar o inalador, antes de o adaptar à câmara expansora;
- Manter o inalador na posição vertical, aquando da adaptação à câmara expansora;
- Adaptar a câmara expansora à face da criança, assegurando que esta abrange o nariz e a boca;
- Pressionar o inalador e manter a máscara colocada, durante os 10 segundos seguintes;
- Antes de realizar o 2º puff, aguardar 30 segundos (Martins & Ávila, 2019).

Ensinar mãe/pai sobre prevenção da contaminação

- Para evitar a contaminação de outros indivíduos ou do agregado familiar devem adotar-se medidas de etiqueta respiratória, como: cobrir o nariz e a boca com lenços de papel ao tossir e espirrar; colocar os lenços de papel utilizados no lixo;
- As superfícies devem ser limpas e higienizadas e os espaços arejados e ventilados;
- A lavagem das mãos, ou antissépsia deve ser realizada de forma frequente;
- É importante minimizar as deslocações ao máximo, mas caso haja necessidade de sair deve ser mantido o distanciamento de pelo menos 1,5 metros, evitados espaços com aglomerados de pessoas e privilegiar o uso de máscara (DGS, 2023).

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- A lavagem nasal apresenta benefícios na diminuição dos sinais e sintomas das afeções nasossinusais na criança, bem como através da fluidificação do muco, permite uma melhor remoção de impurezas, vírus e bactérias devido a um melhor funcionamento dos cílios da mucosa nasal;
- A lavagem nasal não deve ser realizada se: existir suspeita da presença de corpos estranhos na região nasal; se a criança apresentar disfagia; e em casos de fraturas da face;
- Para realizar a lavagem nasal é necessário soro fisiológico, uma seringa e uma toalha;
- Para realizar deve começar-se por colocar a criança na posição sentada com a cabeça levemente posicionada para a frente e a toalha na zona do peito; o adulto coloca uma mão na mandíbula da criança para estabilizá-la e então pressiona a sua bochecha na da criança para que ela não se movimente durante a técnica, instilando cerca de 5ml de soro fisiológico de forma gradual e contínua, verificando a sua saída pela narina contrária;
- (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023);
- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal:
- A remoção de excesso de roupas, lençóis e cobertores proporciona conforto, dado que permite a perda de calor por irradiação, devendo manter a cabeça descoberta;
- A ventilação do ambiente é também uma forma eficaz de perda de calor, e consequente redução da temperatura corporal. Esta ventilação pode ocorrer através da abertura de janelas e portas;
- O uso da técnica de "sponging" que consiste na aplicação de uma compressa embebida em água morna, durante cerca de 15 minutos, deve ser evitado, dado que é uma técnica que provoca apenas uma pequena redução inicial da temperatura corporal, apresentando elevado desconforto à criança (Green et al., 2021).
- (Souza et al., 2021);

Ensinar mãe/pai sobre prevenção da infeção

- No sentido de prevenir as infeções respiratórias deve-se adotar medidas básicas de higiene, como a antissépsia das mãos que por parte da criança quer por parte de quem contacta com ela;
- Em caso de estar num contexto de risco, deve manter o distanciamento;
- Evitar estar em espaços aglomerados de pessoas, sobretudo se a ventilação não for adequado e em períodos de elevados números de casos;
- Aderir à vacinação (DGS, 2023).

Executar lavagem nasal

- A criança deve estar sentada no colo do adulto com a cabeça levemente posicionada para a frente;
- A mãe coloca uma mão na mandíbula da criança para estabilizá-la e então pressiona a sua bochecha na da criança para que ela não se movimente durante a técnica;
- Com auxílio da seringa, insere-se cerca de 4ml de soro na narina da criança, repetindo na outra narina;
- (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

Gerir hidratação

- Oferecer água à criança;
- Incentivar a mãe a oferecer água à criança;
- Explicar à mãe a importância da criança ingerir entre 0,52 litros a 0,84 litros, cumprindo o recomendado de 50 a 80 ml/kg;
- (Green et al., 2021)

3.7. Síntese relativa ao caso

Prioridades nos cuidados

Neste contexto, a preocupação da mãe com o estado de saúde alterado da criança foi o principal fator que a levou a procurar atendimento no serviço de urgência. Perante isto, é importante a adoção de uma atitude que dê prioridade à estabilização da criança, tendo como foco da minha prestação de cuidados colmatar as necessidades fisiológicas da criança, e também as que decorrem da patologia que apresenta. Desta forma, importa salientar que a avaliação do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, não estando diretamente relacionados com aquilo que foi a prioridade dos cuidados, permite a identificação de alterações a nível do desenvolvimento, bem como alterações a nível do desenvolvimento psicomotor podem interferir na forma de comunicar e interagir da criança.

Numa primeira sessão, a prioridade foi dada à estabilização da criança, focando-se especialmente nas questões respiratórias, uma vez que não se verificou alteração da temperatura corporal.

Uma vez que a mãe demonstrou interesse em acompanhar toda a prestação de cuidados, disponibilizando-se para auxiliar naquilo que fosse possível, e mostrando vontade em participar nas tomadas de decisões relativas à saúde da criança, identificou-se no processo de prestação de cuidados potencial para melhorar o conhecimento que tinha relativamente à ventilação e limpeza das vias aéreas. Apesar da criança não ter apresentado hipertermia neste contacto, dada a história prévia de hipertermia, achou-se pertinente capacitar a mãe relativamente à gestão desta condição, associando-a ao papel parental desenvolvimental relativo à vigilância e promoção da saúde da criança, pois considereei que os aspetos relacionados à forma de lidar com a hipertermia, referem-se a necessidades desenvolvimentais, relativos a sinais de alarme e situações comuns.

Na segunda sessão, a criança já apresentou ligeiras melhorias a nível respiratório. Seguindo os princípios da sessão anterior, para assegurar uma continuidade dos cuidados e serem evidentes melhorias no estado clínico da criança, continuaram-se os cuidados implementados a nível respiratório, e procurou-se também validar com a mãe a evolução do desempenho do seu papel

parental, uma vez que é relevante, controlo da situação clínica atual e prevenção de futuras. Perante isto, espera-se que quando a mãe regressar a casa seja capaz de adotar medidas que permitam a prevenção de futuras situações semelhantes. Contudo, salientar que a avaliação do papel parental relativo à vigilância e promoção da saúde não foi realizada nesta sessão, dado que foi necessária execução da lavagem nasal à criança, pelas 12H, de forma a melhorar a limpeza da via aérea, com vista a facilitar a ingestão dos alimentos no momento da refeição. Este aspeto já teria sido previsto pela equipa médica e de enfermagem, uma vez que após a execução da primeira lavagem nasal ficou a dúvida se esta teria sido suficiente.

Na última sessão documentada, validou-se com a mãe a aquisição de competências referentes à lavagem nasal, e verificou-se um aumento da temperatura corporal da criança. Seguindo os princípios desta conceção de cuidados, mantiveram-se os cuidados a nível respiratório e procurou-se também diminuir a temperatura corporal, incluindo mais uma vez a mãe nesta prestação de cuidados.

Dados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"

Perante o caso clínico descrito, além das necessidades desenvolvimentais próprias da sua faixa etária, esta criança necessita de cuidados decorrentes da situação clínica atual, referentes à gestão da hipertermia. Para atender a essas necessidades, será importante que a mãe adquira conhecimentos e habilidades para lidar com a situação de saúde do filho.

Neste contexto, é fundamental compreender o nível de conhecimento que a mãe já apresenta, e as necessidades de informação, e também a sua motivação e disposição para aprender. Durante o contacto com a mãe, ficou claro que ela estava consciente de que o filho tinha necessidades desenvolvimentais diferentes das que apresentava anteriormente, prontificando-se para aprender aquilo que fosse necessário por forma a assumir o seu papel.

Resultados esperados face ao diagnóstico na promoção do PP especial e PP desenvolvimental

No que se refere ao desempenho do papel parental especial transitório, foram identificadas lacunas no conhecimento da mãe relativamente a aspetos que importam abordar, e que permitem ter um melhor controlo acerca da situação clínica aquando do regresso a casa. Assim, é esperado que após as intervenções relacionadas com a promoção da literacia relativa a estes aspetos a mãe seja capaz de identificar benefícios da lavagem nasal, devendo referir de que forma esta deve ser realizada e contraindicações para a sua realização. Para além disto, importa também que identifique medidas de prevenção da infeção respiratória, bem como medidas preventivas de contaminação, sendo capaz de as diferenciar. Por último, no que se refere ao papel parental desenvolvimental, espera-se também que a mãe seja capaz de enumerar estratégias não farmacológicas para diminuição da temperatura corporal.

Importa garantir que, durante a preparação do regresso a casa, todos estes aspetos relativos ao

desempenho do papel parental estão assegurados, de forma a que a mãe esteja segura dos cuidados a prestar e que sejam assegurados os melhores cuidados possíveis à criança.

Contributos das intervenções face aos objetivos

As intervenções implementadas têm como objetivo resolver de forma eficaz as prioridades de cuidados identificadas na situação clínica. Estas intervenções foram categorizadas em três tipos: avaliar evolução, executar e informar.

As intervenções designadas "executar" estão relacionadas com as necessidades que surgiram como consequência do evento crítico, que resultou no internamento. Estes cuidados estão direcionados para aspetos específicos da saúde da criança, que têm como objetivo reestabelecer a saúde da criança. Assim sendo, a execução destas intervenções é de grande importância, pois caso não sejam realizadas poderá afetar a evolução da situação clínica da criança, dificultando a recuperação ou até causando complicações.

As intervenções do tipo "informar" têm como objetivo melhorar o conhecimento da mãe, para que possa responder adequadamente às necessidades de saúde que a criança apresenta. Neste contexto, este tipo de intervenção releva ainda mais, uma vez que a hospitalização acontece num curto espaço de tempo e o regresso a casa acontece rapidamente, pelo que os pais devem estar dotados de conhecimentos e habilidades que lhes permitam garantir a estabilidade da criança e o desenvolvimento saudável. Portanto, a preparação dos pais é fundamental para garantir que, ao regressarem a casa, se sintam seguros e capacitados para continuar os cuidados necessários.

As intervenções do tipo "avaliar evolução" são essenciais para monitorizar a condição clínica da criança e avaliar o processo adaptativo da mãe para responder às necessidades da criança agora evidenciadas. Desta forma, permitem que o enfermeiro acompanhe a evolução do quadro clínico, que poderá ser favorável ou desfavorável, ajudando a identificar mudanças significativas que necessitem de ajustes no plano de cuidados. A avaliação contínua destes parâmetros é crucial para garantir que a condição da criança seja estabilizada, evitando complicações. Para além disto, permite perceber se a mãe integrou os conhecimentos transmitidos, por forma a desempenhar o seu papel da melhor forma possível.

Definição dos timings de avaliação do objetivo final

A definição dos timings de avaliação é fundamental para a organização eficaz da prestação de cuidados, dado que ajuda a estabelecer uma estrutura clara para o acompanhamento contínuo da evolução da condição da criança.

Assim sendo, no que se refere aos timings de avaliação da evolução, relacionados com aspetos dos processos corporais, bem como aspetos desenvolvimentais que permitiram avaliar o padrão

da criança de forma a identificar possíveis alterações, estes foram definidos 1x turno, dado que não se apresentavam alterados, e não era expectável ocorrer alterações. Contudo, a avaliação da ventilação foi prescrita de 30/30 minutos, no sentido de avaliar o efeito terapêutico da medicação administrada, bem como a avaliação de sinais de arritmia foi prescrita de forma a controlar possíveis efeitos secundários da medicação.

Para além disto, no que se refere à avaliação da evolução do processo adaptativo da mãe, nomeou-se como timing as 11H30, uma vez que o contexto de urgência é caracterizado por apresentar um curto período de permanência, pelo que requer que a preparação do regresso a casa, seja iniciada logo desde os primeiros minutos de entrada no serviço.

No que se refere à execução da técnica de lavagem nasal, esta deverá ser realizada 1x/turno ou em SOS, dado que a criança à chegada apresentou secreções nasais em moderada quantidade, no entanto depois de executar a lavagem e serem aspiradas secreções na região oral apresentou melhorias, não havendo necessidade de repetir a aspiração, ficando por isso prescrita em SOS. Uma vez que a cavidade nasal ficou desobstruída considerou-se que apenas seria necessária lavagem 1x/turno, ou caso se identificasse necessidade noutro momento, o que se verificou no momento antes da refeição.

A definição de todos os timings foi realizada com o objetivo de assegurar que as intervenções fossem realizadas de forma prioritária e no momento mais apropriado, sempre com o foco na melhoria do cuidado e no bem-estar da criança.

Reflexão sobre a conceção de cuidados

Atendendo ao contexto em que ocorre este caso clínico, o estabelecimento de prioridades para a conceção dos cuidados é de grande relevância. Uma vez que a criança é admitida por apresentar grande instabilidade clínica, aquilo que deve ser a prioridade dos cuidados é a implementação de intervenções que visem o controle dos sinais e sintomas responsáveis por essa instabilidade. Para além disto, dado o contexto, e a necessidade de estabilizar a criança e preparar a mãe para o regresso a casa num curto período de tempo, é fulcral identificar as reais necessidades, quer da mãe, quer da criança, pelo que optei por não determinar a evolução dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho, e dos comportamentos de ligação filho- mãe/pai. Isto porque, durante a apreciação inicial estes eram domínios que estavam bem estabelecidos e sem qualquer comprometimento, não sendo expectável que fossem alterados.

A abordagem neste contexto clínico, em específico, realça bastante a parceria ativa entre os enfermeiros e a mãe. Neste caso clínico, o papel da mãe foi de extrema relevância, uma vez que permitiu o desenvolvimento de uma prestação de cuidados mais personalizada, facilitando os momentos de intervenção e contribuindo para desenvolver uma melhor relação com a criança. A intencionalidade terapêutica focou-se em promover as competências parentais, principalmente no que se refere aos cuidados desenvolvimentais e à gestão da sintomatologia

da doença.

A mãe não só garantiu os cuidados diários básicos, como também se envolveu nas intervenções terapêuticas necessárias para o tratamento da criança, que irá permitir assegurar a continuidade dos cuidados em casa. Esta abordagem entre o profissional e a mãe, permitiu que a mãe fosse capaz de reconhecer as suas necessidades de aprender e desenvolver novas habilidades relacionadas com as necessidades de saúde emergentes da criança.

4. CASO CLÍNICO - CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Lactente, com 1 mês e 2 dias de vida, amamentado em exclusivo e a realizar suplementação com vitamina D. Vem à consulta de saúde infantil, que terá ênfase no apoio à amamentação e esclarecimento de dúvidas, acompanhado por ambos os pais.

4.1. Enquadramento teórico

Lactente

Desenvolvimento Físico

O crescimento dos indivíduos é um processo dinâmico e contínuo que acontece desde o momento em que o indivíduo é concebido até ao seu fim de vida (Casanova et al., 2017). No caso da criança, este é um dos principais indicadores de saúde, sendo que é variável ao longo dos anos e de acordo com as fases de desenvolvimento. Ainda de acordo com estes autores, é durante os primeiros dois anos de vida que a velocidade do crescimento é mais elevada, pelo que carências nutricionais podem originar danos irreversíveis no futuro da criança. Assim sendo, a avaliação deste parâmetro é fundamental desde a infância até à idade adulta, e é feita recorrendo a medidas antropométricas que permitem aos profissionais de saúde monitorizar os indicadores como peso, comprimento e perímetro cefálico, que são indicadores do estado de saúde da criança.

Relativamente ao peso, este traduz-se como o principal dado antropométrico de avaliação do estado de saúde da criança, uma vez que relativamente às outras medidas antropométricas é aquele que sofre maior variação e de forma quase imediata, caso exista alguma alteração no estado de saúde da criança (Casanova et al., 2017). Desta forma, espera-se que o lactente ganhe, em média, durante o 1º mês cerca de 30g/dia, e complete o 3º trimestre de vida com um ganho aproximado de cerca de 700g/mês.

Por sua vez, e de acordo com os mesmos autores, o comprimento é um dado também relevante na avaliação do estado de saúde da criança, uma vez que é cumulativo e progressivo, não sofrendo regressões. Desta forma, a avaliação desta medida deve ser realizada com a criança deitada até aos 2 anos de vida, esperando-se um aumento de cerca de 15cm durante o primeiro semestre de vida do lactente.

Quanto ao perímetro cefálico, Casanova et al. (2017) referem que esta é uma medida que deve

também ser avaliada desde o nascimento até aos 24 meses, sendo expectável que nos primeiros 4 meses de vida aumente cerca de 8cm, portanto 2cm por cada mês de vida da criança.

Desta forma, para ser possível comparar as medidas antropométricas de cada criança com um padrão de referência, por forma a avaliar se o crescimento da criança está a ocorrer de acordo com aquilo que é o expectável para a idade, emergiram as tabelas de percentis (Casanova et al., 2017). Compreende-se, portanto, que, quando os dados antropométricos da criança se encontram dentro dos valores de referência, existe um desenvolvimento adequado, o que é essencial para uma vida saudável (DGS, 2013). Assim, as curvas de crescimento representadas nas tabelas de percentis refletem o desenvolvimento mais próximo do ideal, e têm em conta as variações entre diferentes países e grupos étnicos. Estas curvas devem ser usadas com base no sexo da criança, bem como nos parâmetros a serem avaliados: peso, comprimento/altura, IMC e perímetro cefálico. Uma mudança significativa de percentil, bem como desvios de percentis num parâmetro em específico ou percentis abaixo de 3 ou acima de 97 são fatores que relevam e impactam o desenvolvimento da criança, devendo ser alvo de especial atenção por parte do enfermeiro.

Desenvolvimento Psicomotor

Para além do desenvolvimento físico, a criança desenvolve-se também a nível cognitivo e social desde o momento em que nasce (ICN, 2019), de maneira a inserir-se na sociedade (Souza, 2014).

Durante todas as fases do seu desenvolvimento a criança vai adquirindo novas habilidades e competências, que vão traduzindo aquilo que é a sua evolução a nível cognitivo e motor. Os enfermeiros para compreenderem as aquisições que ocorrem no período infantil/pediátrico e identificarem o expectável para o desenvolvimento infantil recorrem a diversas teorias de desenvolvimento.

Naquilo que se refere às emoções e impulsos, segundo a perspetiva freudiana, o lactente acima referido encontra-se no estadio oral, compreendido desde o nascimento até aos 12-18 meses, onde a principal fonte de prazer da criança envolve atividades ligadas ao oral, como o sugar e alimentar-se (Papalia & Feldman, 2013). Por outro lado, tendo em conta a perspetiva de Erik Erikson, este lactente encontra-se num período em que acredita que o mundo é um lugar bom e seguro, e por isso está no estágio confiança VS desconfiança (Santos & Freitas, 2019).

Já para Bowlby, o estabelecimento de um vínculo emocional e social é essencial para o desenvolvimento saudável e para a sobrevivência das crianças, sendo uma necessidade biológica imediata após o nascimento (Adorian et al., 2024). Os mesmos autores referem que, é por meio desta conexão que a criança recebe os cuidados, a proteção e o apoio emocional indispensáveis para o seu crescimento e bem-estar, sendo que falhas nesta conexão podem ter

grande implicações para o seu desenvolvimento. Nesta fase, é desejável que exista uma vinculação segura, o que se irá traduzir numa exploração ativa do ambiente pelas crianças, mas com uma ansiedade evidente na presença de estranhos. Sendo uma das características deste tipo de vinculação a perturbação na ausência do cuidador, procurando contacto de retorno, este comportamento reflete a confiança que a criança demonstra de que seu cuidador estará disponível e responsivo, sempre que necessário. Relativamente aos pais com este estilo de vinculação, estes autores, referem que são cuidadores com disponibilidade emocional e, que respondem rapidamente às necessidades demonstradas pela criança, sendo capaz de as diferenciar das suas próprias necessidades.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, para Piaget o estadio que ocorre desde o nascimento até aos 2 anos é o sensório motor, em que a criança vai-se tornando capaz de organizar atividades, tendo em conta o ambiente através da atividade sensorial e motora a que vai sendo exposta (Santos & Freitas, 2019). Ainda de acordo com os mesmos autores, segundo a teoria de Vygotsky, o lactente encontra-se no estágio da influência social, e, portanto, aquilo que aprende resulta da interação social que tem com o meio que o rodeia.

Nesta fase desenvolvimental, o lactente apresenta-se com grande disponibilidade para ser estimulado, demonstrando interesse e curiosidade relativamente ao meio que o rodeia (Feliciano & Delou, 2019). Perante isto, durante o 1º mês de vida a criança passa a ser capaz de lateralizar a cabeça para ambos os lados, reagindo a sons, e começa a observar com mais atenção o rosto humano. Quando deitada de barriga para baixo procura levantar a cabeça e sustentá-la, sendo que entre o 1º mês de vida e o 2º já se torna capaz de reagir ao estímulo de um sorriso, abre as mãos de forma espontânea, produzindo movimentos vigorosos com os membros, e inicia a produção de sons rudimentares.

Necessidades Desenvolvimentais

O desenvolvimento contínuo da criança implica também o acompanhamento de aspetos essenciais relativos às suas necessidades desenvolvimentais. Desta forma, é importante identificar aquilo que são as necessidades da criança nas diferentes fases de desenvolvimento no que se refere ao seu padrão alimentar, ao padrão de sono e ao padrão de eliminação urinária e intestinal.

Em relação à alimentação, segundo a DGS (2019), o leite materno é considerado o alimento mais completo e adequado para o bebé nos primeiros seis meses de vida, sendo a única fonte de nutrição necessária, sem a necessidade de líquidos adicionais. A amamentação oferece todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, além de reforçar o sistema imunológico. A acrescentar a isto, e no que se refere à suplementação vitamínica adicional, a mesma entidade, apresenta como única recomendação para uma criança de termo saudável a suplementação com vitamina D até aos 12 meses de idade.

Quanto ao padrão de eliminação urinário, espera-se que no primeiro mês de vida a criança utilize entre 6 a 8 fraldas por dia, podendo até ser mais, com a urina variando de uma coloração transparente a amarelo escuro (Consolini, 2023). Para além disto, e no que se refere à eliminação intestinal, também esta apresenta variações significativas, dependendo da alimentação do bebé. Assim, os recém-nascidos alimentados com leite materno tendem a ter fezes mais macias e claras, com uma frequência variável, podendo ser de uma vez a cada dois dias ou de seis a oito vezes por dia (Consolini, 2023).

Nesta fase de desenvolvimento, o padrão de sono é, em média, de 17 horas por dia, despertando principalmente pela fome (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Assim, inicialmente, a criança não consegue distinguir entre o dia e a noite, mas conforme cresce, a partir do primeiro mês de vida, o sono começa a estabelecer-se, com períodos mais longos de descanso durante a noite.

No que se refere aos aspetos desenvolvimentais relacionados com a higiene, é expectável que, desde este momento, seja feita a higiene oral, aplicando uma compressa molhada nos rebordos alveolares após os períodos de aleitamento (Silva et al., 2022). Para além disto, relativamente à higiene corporal, apenas são recomendados 2 a 3 banhos por semana, não sendo necessário o uso de gel banho, contudo se utilizar este deve ser de ph neutro, sem perfumes e sem aditivos.

Relativamente aos aspetos relacionados com a segurança, importa abordar a síndrome de morte súbita, a possibilidade da ocorrência de quedas e as medidas relacionadas com o transporte em segurança (Silva et al., 2022).

Cuidados Centrados na Família

O processo de desenvolvimento da criança implica também uma abordagem sistémica, pelo que todos aqueles que cuidam da criança devem receber especial atenção durante a abordagem dos profissionais. A família é a unidade básica social que permite à criança receber os cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença, pelo que os seus elementos desempenham um papel relevante no desenvolvimento e bem-estar da criança (Pinto et al., 2010).

Esta abordagem permite que o enfermeiro ofereça aos pais o apoio necessário para que eles possam desempenhar seu papel da melhor forma possível (Pinto et al., 2010). Para além disto, valoriza o seu envolvimento nas decisões de saúde, incentivando à participação ativa nessas decisões de saúde relativas ao seu filho, sendo uma mais-valia este processo permitir conhecer os hábitos e comportamentos da criança, promovendo uma abordagem mais colaborativa e respeitosa. Além das necessidades da criança, os cuidados centrados na família também reconhecem as necessidades emocionais e psicossociais dos pais, o que permite que a família se torne mais capaz de cuidar da criança e lidar com os desafios que surgem ao longo do seu crescimento e desenvolvimento.

Os cuidados centrados na família permitem que os cuidados sejam adaptados às circunstâncias únicas de cada família, promovendo o bem-estar integral da criança (Pinto et al., 2010). Assim, ao envolver a família no processo de cuidados, é possível capacitá-la sobre como promover a saúde e prevenir doenças, orientando-a sobre o desenvolvimento e os cuidados adequados para a fase de desenvolvimento da criança.

Teoria das Transições

O momento em que uma pessoa se torna mãe ou pai representa uma mudança importante no papel e na identidade do indivíduo (Meleis, 2010). Assim, quando nasce uma criança, os novos pais vivenciam uma transição natural e inevitável, que faz parte do processo de desenvolvimento. Portanto, este momento representa assim uma transição desenvolvimental, que está associada à vivência de emoções positivas e negativas durante todo o processo.

Durante este período existem condições que podem facilitar ou dificultar todo o processo, e que devem ser consideradas na abordagem do profissional com os pais e a criança (Meleis, 2010). Assim sendo, as características dos pais, da sua relação e até da própria criança poderão ser fatores pessoais que condicionam esta mudança na vida do casal (Soares, 2008). Desta forma, o facto de serem pais que procuram ajudar, e que apresentam estratégias entre ambos para lidar com os momentos mais difíceis mostra-se como um fator promotor para uma transição saudável. Para além disto, o facto de terem ajuda e aceitá-la da parte dos familiares e amigos, releva também como um recurso social importante nesta adaptação, bem como a existência e a utilização de recursos na comunidade, como é exemplo os recursos de saúde.

Deste modo, e tendo em conta o suporte que estes pais procuram recorrendo aos profissionais de saúde, é essencial que estes sejam capazes de fornecer os conhecimentos necessários aos pais e os capacitem de forma a promover o estado de saúde da criança (Meleis, 2010). Para tal, é fundamental que recorram a terapêuticas de enfermagem, com o intuito dos pais adquirirem novos conhecimentos, habilidades e recursos que lhes possibilitem enfrentar a transição de forma saudável. Os enfermeiros atuam para que os pais adquiram a mestria na assunção do papel parental (Sousa et al., 2023).

Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

No sentido de permitir a vivência desta transição de forma saudável, e garantir apoio e orientação nesta nova fase, são disponibilizadas as consultas de saúde infantil e juvenil.

As consultas de saúde infantil e juvenil têm como objetivos a vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças para crianças e jovens com menos de dezoito anos. Estas devem seguir o calendário de acompanhamento estabelecido pelas circulares da DGS e as orientações do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2013). De acordo com esta entidade, essas consultas estão agendadas para idades específicas, que representam momentos importantes no desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional das crianças, além de questões relacionadas à socialização,

alimentação e escolaridade. Assim, para reduzir a necessidade de deslocações aos serviços de saúde, há uma integração das consultas com o cronograma do Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Durante o primeiro ano de vida, pelo menos seis consultas são obrigatórias, incluindo a consulta do primeiro mês (DGS, 2013). Nesta consulta, devem ser avaliados vários parâmetros, como peso, comprimento, percentil, perímetro cefálico, saúde cardíaca (como sopros e pulsos femorais), anca, visão e audição, desenvolvimento, comportamento e risco de maus-tratos, além da vacinação, segurança do ambiente e exame físico. Para além disto, e tendo em conta que a consulta de saúde infantil também visa promover cuidados antecipatórios, são transmitidos aos pais conhecimentos essenciais para enfrentar os desafios da parentalidade e questões relacionadas à saúde. Na consulta do 1º mês, são abordados tópicos como alimentação, posição para dormir, hábitos de sono, cólicas, segurança, sinais e sintomas comuns, vacinação e a relação emocional.

Para a realização da consulta de saúde infantil e juvenil, o enfermeiro recorre a instrumentos que o auxiliam a realizar uma avaliação fidedigna do processo de desenvolvimento da criança, sendo um destes instrumentos a Escala de Mary Sheridan, que consta no PNSIJ.

Tal como outros instrumentos, esta escala permite estabelecer um padrão de referência que orienta os profissionais de saúde no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (DGS, 2013). De acordo com esta entidade, a utilização desta escala determina a necessidade de realização de testes e avaliações que consideram os marcos de desenvolvimento, e, portanto, são referentes a momentos em que as aquisições de habilidades físicas, cognitivas e sociais acontecem de forma mais rápida e intensa. No entanto, é importante salientar que, apesar da existência desses marcos de desenvolvimento, cada criança tem um ritmo único, pelo que a velocidade com que as novas competências são adquiridas e o momento em que cada etapa de desenvolvimento é atingida pode variar de uma criança para outra (DGS, 2013). Desta forma, o acompanhamento realizado pelos enfermeiros deve ser flexível, dinâmico e contínuo, portanto, a avaliação da criança deve ter em conta essa natureza variável e em constante evolução. Perante isto, importa referir que a avaliação do desenvolvimento da criança pode ocorrer, não só nas idades-chave previamente estabelecidas, como também durante os outros momentos de contacto com a criança e a família.

Este tipo de abordagem pode ser designado de exames oportunistas, ou seja, correspondem a avaliações de desenvolvimento da criança que não se limitam a consultas específicas, mas que podem ser realizadas em qualquer oportunidade de contacto, garantindo uma visão mais completa do seu desenvolvimento (DGS, 2013).

Na Escala de Mary Sheridan, é expectável que entre as 4 semanas de vida e as 6 semanas, o lactente:

- Quanto à postura e motricidade global:

- Em decúbito ventral – levante a cabeça.
- Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.
- Em tração pelas mãos – a cabeça cai.
- Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas.
- Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos.

- Quanto à visão e motricidade fina:

- Segue uma bola pendente a 20-25 cm em $\frac{1}{4}$ de círculo (do lado até à linha média).

- Quanto à audição e linguagem:

- Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido.

- Quanto ao comportamento e adaptação social:

- Fixa a face da mãe quando o alimenta.
- Tem sorriso presente às 6 semanas
- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.

No que se refere, a sinais de alarme a ter em conta, relativos ao 1º mês de vida é importante perceber se o recém-nascido:

- Apresenta ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a).
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

Para que os pais sejam capazes de estimular o desenvolvimento e identificar sinais de alarme precocemente, importa que estejam capacitados e informados acerca daquilo que é o desenvolvimento expectável, bem como as necessidades da criança na fase de desenvolvimento. O profissional de saúde deve transmitir aos pais a informação que eles pretendem, e estes devem ser capazes de compreendê-la e usá-la, de forma a promover a saúde da criança (World Health Organization [WHO], 1998, cit. por DGS, 2018). Perante isto, o conhecimento e a informação são dois aspetos essenciais para empoderar os pais, garantindo a sua capacitação (Sousa et al., 2023).

A informoterapia apresenta-se, assim, como uma prescrição de informação em saúde, baseada em evidência, que ocorre de forma oportuna e personalizada, para atender às necessidades específicas de cada pessoa (Sousa et al., 2023). Desta forma, garante uma tomada de decisão informada por parte dos indivíduos, garantindo que têm acesso à informação certa no momento certo. Assim, importa salientar que o uso da informoterapia deve considerar 3 princípios: a informação certa, para a pessoa certa e à hora certa, tendo em conta possíveis aspetos que poderão influenciar a transmissão das informações, nomeadamente a acessibilidade e características intrínsecas dos suportes tecnológicos e da informação pretendida. Esta acessibilidade, por um lado permite o acesso a grandes quantidades de informação, mas por outro pode gerar dificuldade em escolher a informação em saúde mais adequada, pelo que se traduz num desafio para os pais escolherem a informação que é realmente útil para a situação que se encontram a vivenciar (Sousa et al., 2023). Perante tudo isto, os enfermeiros são elementos que têm possibilidade de promover a educação em saúde dos pais e da comunidade, aliando aos recursos tecnológicos, um planeamento estratégico de comunicação, que tem em consideração a adequação da comunicação com o público-alvo e dos materiais que utiliza para transmitir a informação que pretende. Este planeamento deve considerar o padrão sociocultural dos pais, por forma a facilitar a compreensão das informações e melhorar o processo de aprendizagem.

No primeiro ano de vida das crianças, existem mudanças constantes nas suas necessidades, o que representa um grande desafio para os pais. Assim sendo, no que se refere às intervenções dos profissionais, estas devem também ser adaptadas às características e necessidades de cada fase do desenvolvimento, uma vez que no exercício da parentalidade, a literacia em saúde desempenha um papel fundamental (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Uma maior literacia parental reflete novos conhecimentos, maior autoeficácia, atitudes mais positivas e comportamentos de saúde mais saudáveis (Sousa et al., 2023). Isto significa que os pais, ao tornarem-se mais informados, adotam práticas mais eficazes e benéficas para o bem-estar dos filhos e para sua própria saúde.

4.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 1 mês | Masculino

Mãe/Pai

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Figura parental principal: mãe.

23-01-2025 13:45 - Número de outros filhos: 0.

23-01-2025 13:45 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

23-01-2025 13:45 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-01-2025 13:45	Sistema cardiovascular	
23-01-2025 13:45	Eliminação intestinal	
23-01-2025 13:45	Eliminação urinária	
23-01-2025 13:45	Pele e mucosas	
23-01-2025 13:45	Sono	
23-01-2025 13:45	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
23-01-2025 13:45	Comportamentos para amamentar	
23-01-2025 13:45	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
23-01-2025 13:45	Desenvolvimento psicomotor	
23-01-2025 13:45	Desenvolvimento físico	
23-01-2025 13:45	Lactente	

4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teóricoSistema cardiovascular

A avaliação deste domínio releva para esta conceção de cuidados, pois de acordo com as orientações da DGS (2013) está preconizado na consulta do primeiro mês a avaliação da saúde cardíaca da criança, verificando a presença ou não de sopros e dos pulsos femorais.

Eliminação intestinal, Eliminação urinária e Sono

Esta consulta consiste na avaliação e promoção da aquisição de competências para atender às necessidades das crianças (Poersch et al., 2023), pelo que estes domínios refletem as necessidades desenvolvimentais da criança, permitindo perceber se o seu desenvolvimento está a ocorrer dentro daquilo que são os padrões comuns, ou se existe algum desvio daquilo que é o expectável. Para além disto, no que se refere à eliminação intestinal, a sua avaliação contribui também para perceber se não existe nenhuma reação adversa à medicação prescrita.

Pele e mucosas

A identificação deste domínio surge uma vez que, segundo a DGS (2013), durante esta primeira consulta deve ser realizado o exame físico, onde está contemplada a avaliação das características da pele do lactente. Para além disto, permite orientar os pais sobre a necessidade de proteção da pele, caso existam possíveis lesões (Poersch et al., 2023). A sua avaliação contribui também para perceber se não existe nenhuma reação à medicação prescrita.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Este domínio emerge dado que permite não só perceber a relação mãe-filho e pai-filho através da demonstração de sinais de afetividade da mãe e do pai para com a criança, como também perceber a sua responsividade, no sentido de suprir as necessidades desenvolvimentais que a criança apresenta nesta fase desenvolvimental. Desta forma, é possível também a avaliação de um dos parâmetros estabelecidos pela DGS (2023), que se reporta ao risco de maus-tratos.

Comportamentos para amamentar

A escolha deste domínio relaciona-se com o facto de o lactente estar a ser amamentado em exclusivo, e o apoio à amamentação ser um dos focos desta consulta. Para além deste aspeto, através da consulta o enfermeiro adota estratégias de acompanhamento contínuo, promovendo o desenvolvimento saudável da criança, orientando as mães sobre o aleitamento materno, com vista a que este se prolongue o mais tempo possível (Poersch et al., 2023).

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

Relativamente a este domínio, a sua avaliação importa dado que, segundo a teoria de Bowlby, o estabelecimento de um vínculo emocional e social é essencial para o desenvolvimento saudável e para a sobrevivência das crianças, sendo uma necessidade biológica (Adorian et al., 2024). Desta forma, a existência de um vínculo seguro reflete a confiança que a criança demonstra de que a pessoa significativa estará disponível e responsivo, sempre que necessário.

Desenvolvimento psicomotor e Desenvolvimento físico

Estes domínios surgem, pois refletem de forma significativa aquilo que é o desenvolvimento deste lactente. Assim, o desenvolvimento físico pode ser considerado como um dos principais indicadores de saúde da criança, uma vez que as curvas de crescimento representadas nas

tabelas de percentis refletem se o desenvolvimento daquele lactente está dentro dos parâmetros de referência (Casanova et al., 2017). Já o desenvolvimento psicomotor permite perceber a evolução do lactente a nível cognitivo, emocional, social e motor, de acordo com aquilo que são os parâmetros expectáveis para a fase de desenvolvimento.

Lactente

A escolha deste domínio relaciona-se com o facto de representar o período de desenvolvimento em que a criança se encontra, permitindo também encerrar em si a área de atenção do enfermeiro naquilo que se refere a aspetos relacionados com o processo adaptativo relativo ao desempenho do papel parental desenvolvimental, que é fundamental para a identificação das necessidades de cuidados.

4.4. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Localização do Pulso

23-01-2025 13:45 - Coxa Direita(o)

23-01-2025 13:45 - Frequência do pulso: 126 pulsações por minuto.

23-01-2025 13:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

23-01-2025 13:45 - Pulso rítmico.

23-01-2025 13:45 - Pulso simétrico.

23-01-2025 13:45 - Coxa Esquerda(o)

23-01-2025 13:45 - Frequência do pulso: 130 pulsações por minuto.

23-01-2025 13:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

23-01-2025 13:45 - Pulso rítmico.

23-01-2025 13:45 - Pulso simétrico.

Eliminação intestinal

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

23-01-2025 13:45 - Fezes: em pequena quantidade.

23-01-2025 13:45 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

23-01-2025 13:45 - Coloração das fezes: amarelada.

23-01-2025 13:45 - Número de defecações por dia: 8.

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução da eliminação intestinal

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Consulta do 2º mês]

Eliminação urinária

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Urina em moderada quantidade.

23-01-2025 13:45 - Cor da urina: amarelo-palha.

23-01-2025 13:45 - Cheiro da urina: "sui generis".

23-01-2025 13:45 - Frequência da eliminação urinária: normal .

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução da eliminação urinária

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Consulta do 2º mês]

Pele e mucosas

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Consulta do 2º mês]

Sono

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Dormiu por períodos curtos.

23-01-2025 13:45 - Número (médio) de horas de sono noturno: 9 Hora.

23-01-2025 13:45 - Número (médio) de horas de sono diurno: 7 Hora.

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução do sono

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do sono [Consulta do 2º mês]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

23-01-2025 13:45 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Consulta do 2º mês]

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Consulta do 2º mês]

Comportamentos para amamentar

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

23-01-2025 13:45 - Não adota posição confortável para facilitar o mamar.

23-01-2025 13:45 - Não termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

23-01-2025 13:45 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

23-01-2025 13:45 - Com manifestações de pega adequada.

23-01-2025 13:45 - Amamentação

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução da amamentação

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [No final desta consulta]

23-01-2025 14:45 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome [MANTEVE].

23-01-2025 14:45 - Adota posição confortável para facilitar o mamar [MELHOROU].

23-01-2025 14:45 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade [MELHOROU].

23-01-2025 14:45 - Utiliza estratégias para estimular o mamar [MANTEVE].

23-01-2025 14:45 - Com manifestações de pega adequada [MANTEVE].

23-01-2025 13:45 - Promover o amamentar/mamar

23-01-2025 13:45 - Assistir na amamentação

23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação

23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação

23-01-2025 13:45 - Dispositivo: Almofada de amamentação - necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

23-01-2025 13:45 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre amamentação [RESOLVIDO] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre amamentação [No final desta consulta] [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 14:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação

23-01-2025 14:45 - Dispositivo: Almofada de amamentação - facilitador [MELHOROU].

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de saciedade [FIM]

23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre posições da criança durante o mamar [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação [No final desta consulta]

23-01-2025 14:45 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da amamentação.

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução da vinculação

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução da vinculação [Consulta do 2º mês]

Desenvolvimento psicomotor

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

23-01-2025 13:45 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

23-01-2025 13:45 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

23-01-2025 13:45 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

23-01-2025 13:45 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

23-01-2025 13:45 - Desenvolvimento infantil**23-01-2025 13:45 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Consulta do 2º mês]

Desenvolvimento físico

23-01-2025 13:45

- 23-01-2025 13:45 - Peso: 5.10 Kg.
- 23-01-2025 13:45 - Percentil do peso: P(75).
- 23-01-2025 13:45 - Comprimento/Altura: 56.00 cm.
- 23-01-2025 13:45 - Percentil do comprimento: P(50).
- 23-01-2025 13:45 - Perímetro cefálico: 38.00 cm.
- 23-01-2025 13:45 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).
- 23-01-2025 13:45 - Índice de massa corporal: 16.26 Kg/m2.
- 23-01-2025 13:45 - Percentil do índice de massa corporal: P(75).
- 23-01-2025 13:45 - Encerramento da fontanela
 - 23-01-2025 13:45 - Posição anterior: sem compromisso.
 - 23-01-2025 13:45 - Posição posterior: sem compromisso.

23-01-2025 13:45 - Determinar evolução do crescimento

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do crescimento [Consulta do 2º mês]

Lactente

23-01-2025 13:45

23-01-2025 13:45 - Lactente**23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

- 23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador.
- 23-01-2025 13:45 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança: facilitadora.
- 23-01-2025 13:45 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.
- 23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Consulta do 2º mês]

23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

- 23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.
- 23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Consulta do 2º mês]

23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

- 23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 23-01-2025 13:45 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora.

23-01-2025 13:45 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança da criança [RESOLVIDO] 23-01-2025 14:45

- 23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança [No final desta consulta] [FIM] 23-01-2025 14:45
 - 23-01-2025 14:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador [MELHOROU].

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: quedas [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: shaken baby syndrome [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [No final desta consulta]

23-01-2025 14:45 - A mãe/pai adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador.

23-01-2025 13:45 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [No final desta consulta]

23-01-2025 14:45 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-01-2025 13:45 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do lactente [RESOLVIDO] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente [No final desta consulta] [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 14:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador [MELHOROU].

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre choro [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Consulta do 2º mês]

23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

23-01-2025 13:45 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: facilitador.

23-01-2025 13:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-01-2025 13:45 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [RESOLVIDO] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 13:45 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [No final desta consulta] [FIM] 23-01-2025 14:45

23-01-2025 14:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: facilitador [MELHOROU].

23-01-2025 13:45 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [FIM] 23-01-2025 14:45

4.5. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: quedas

- As quedas acontecem desde os primeiros dias de vida;
- Nunca deixar a criança sozinha em cima da cama dos adultos, de um sofá ou mesa de muda de fraldas, mesmo que esteja a dormir;
- Se tiver que sair do quarto leve a criança consigo, e se não puder levá-la deite-a no berço, na cama de grades ou no chão, sobre uma manta;
- Evitar usar a cadeira de transporte em casa. Se tiver mesmo que o fazer, nunca o colocar em cima de mesas ou outros móveis e aperte bem o cinto;
- Apertar sempre o cinto sobre o corpo da criança na espreguiçadeira, carrinho de passeio e cadeira alta da papa;
- (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2014).

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita

- A Síndrome de Morte Súbita é definida como a morte súbita de lactentes menores de 1 ano sem causa estabelecida, sendo que se considera que tenha origem multifatorial;
- Posicionar o lactente em decúbito dorsal para dormir, até completar 1 ano de vida;
- O uso da chupeta no início do sono é considerado um fator protetor, mesmo que a criança a solte ao adormecer;
- Objetos capazes de causar asfixia ou estrangulamento — como travesseiros, brinquedos parecidos com almofadas, colchas, edredons e roupas de cama soltas — sejam mantidos fora do local onde a criança dorme;
- Não partilhar a cama, ou seja, o lactente deve dormir no seu próprio berço e não na cama dos pais;
- (Oliveira et al., 2020).

Ensinar mãe/pai sobre choro

- O choro é uma forma de comunicação dos recém-nascidos e lactentes, expressando as suas necessidades e emoções;
- O choro pode ser mais frequente às 6 semanas de vida, no entanto por volta dos 4 meses diminui a sua frequência e mantém-se estável;
- Através do choro é possível identificar a necessidade do lactente, analisando o som emitido durante o choro;
- (Ozdemir & Yilmaz, 2022);
- O choro por fome é caracterizado por soluços curtos, mas contínuos e persistente, mas não muito alto, sendo que a criança tenta levar a mão à boca;
- O choro de dor é caracterizado por um som curto, agudo e muito alto;
- O choro de dor por cólica apresenta características sonoras idênticas ao choro de dor, no entanto com rubor na face, pulsos cerrados, movimentos intensos dos membros superiores, flexão dos membros inferiores contra o abdómen, costas arqueadas, abdómen distendido e tenso, agitação, irritabilidade;
- O choro de desconforto é um choro mais fraco do que o grito de dor, mas com momentos de grande intensidade;
- O choro de cansaço é um choro ligeiro, quase um gemido que vai aumentando até se tornar um choro forte;
- O choro de tédio é identificado quando a criança choraminga em soluços e pára quando interagem com ela;
- (Machado, 2015).

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

- Utilizar móveis e brinquedos com sons, texturas e formas diferentes;
- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm e de diferentes formas;
- Estimular o bebé, colocando-o de barriga para baixo (“tummy time”), e incentivando-o a olhar para cada um dos lados com recurso a sons ou brinquedos. No entanto, foi referido que não deveria adotar esta posição durante o sono;
- Produzir sons suaves com chocalhos ou caixa de música;
- Conversar com o lactente com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo e estar em sincronia com o seu comportamento;
- Massajar o lactente de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão, não excedendo os 20 minutos;
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes;
- (Silva et al., 2022).

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: shaken baby syndrome

- A Síndrome do Shaken Baby é considerada uma forma de abuso infantil, causada pelo movimento de abano contínuo e violento, que provoca a extensão e flexão do pescoço, provocando lesões à criança;

- Desencadeada pelo choro de difícil controlo;
- Para prevenir a sua ocorrência devem ser adotadas estratégias que permitam lidar com o choro;
- Explicar a importância de o lactente ser capaz de se autorregular emocionalmente, e lidar com as suas emoções em momentos de stress;
- Explicar à mãe que mesmo após todos os esforços, o lactente pode continuar a chorar, pois o choro é também uma forma de comunicação;
- (Lopes & Williams, 2018).

Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil

- A massagem infantil é uma forma de comunicação entre os pais e a criança, que utiliza o toque como meio;
- A massagem infantil auxilia os pais a conhecerem melhor seu filho, a partir do seu comportamento e contribui para o desenvolvimento ideal da criança;
- A criança que é privada de contato físico com os pais sofre de maior ansiedade, apresentando impacto na sua interação com os outros;
- (Carvalho, 2023);
- A massagem infantil apresenta diversos benefícios, entre eles: diminuição de cólicas intestinais, relaxamento, facilita a percepção corporal e proporciona um maior contacto entre os pais e o filho, permitindo a aproximação da família;
- Para iniciar a massagem a criança deve estar despida e a temperatura ambiente deve estar adequada;
- Deve ser utilizado óleo vegetal (extraído a frio) pois este umedece e penetra profundamente na pele, é benéfico para os poros e não prejudica a criança, caso coloque a mão na boca;
- Os membros inferiores são massajados da região proximal para distal, com a mão que está a massajar a criança formando um bracelete em volta do membro;
- O abdómen é massajado a partir da região imediatamente abaixo das costelas até a parte inferior do abdómen, uma mão após a outra em forma de concha;
- A massagem é encerrada com três mobilizações: cruzar e descruzar os dois braços do bebê sobre o peito; cruzar o membro superior com o membro inferior contra lateral; cruzar as pernas sobre o abdómen da criança;
- (Cruz e Caromano, 2005).

Ensinar mãe/pai sobre sinais de saciedade

- São sinais de saciedade o lactente largar a mama, olhar em redor e bolsar;
- (McNally et al., 2015).

Ensinar mãe/pai sobre posições da criança durante o mamar

- O corpo do lactente deve estar alinhado: orelha, ombro e anca devem formar uma linha reta e a face anterior do corpo virada e próxima ao corpo da mãe, para que não seja necessária a rotação do pescoço do bebê e para que este seja levado à mama;
- O corpo do lactente deve estar completamente apoiado;
- (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019).

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro

- Consolar o lactente pegando-a ao colo, e proporcionando o toque pele com pele;
- Utilizar a sucção por forma a confortá-lo, utilizando por exemplo a chupeta;
- Utilizar sons brancos, e conversar ou cantar com tom de voz baixo e calmo;
- Envolver o lactente com uma manta, fazendo contenção, e posicioná-lo de lado;
- Utilizar um movimento de balanço vertical, de forma suave;
- Massajar o lactente;
- Ser capaz de reconhecer que está a ficar nervosa e deixar a criança com outra pessoa, regressando apenas quando se sentir mais calma; se estiver sozinha deve colocar o bebé num local seguro, e deixá-lo durante alguns minutos para se acalmar, voltando posteriormente para ver como o bebé está;
- (Lopes & Williams, 2018).

4.6. Síntese relativa ao caso

Aspetos relativos à conceção de cuidados

Durante a consulta de saúde infantil e juvenil foi possível observar os pais a trocarem a fralda ao lactente, verificando-se que estes apresentam competências para o fazerem, o que se pode traduzir como um indicador de que os pais estão integrados no processo de cuidados à criança. Os pais referiram que o banho é dado em dias alternados, no final do dia, utilizando produtos sem álcool e perfume, com a água a uma temperatura de 37°C e num ambiente previamente aquecido, sendo que à observação é visível que o lactente está confortável, com roupa adequada, aspeto limpo e cuidado, com a pele e mucosas coradas e hidratadas.

No que se refere ao padrão de sono, percebeu-se que estes pais proporcionam um ambiente adequado nos momentos de descanso do recém-nascido, verbalizando o cuidado de criar condições em casa que permitem que o lactente seja estimulado a perceber a diferença entre o dia e a noite.

Para além disto, os pais deste lactente mostraram ter conhecimento da importância da administração da vitamina D, bem como possíveis efeitos adversos relativos ao seu uso, nomeadamente possíveis alterações intestinais. Ainda no que se refere à vigilância e promoção da saúde do lactente, também foram capazes de referir que a próxima consulta programada será aos 2 meses de vida e que, nesse momento, serão administradas 3 vacinas: a vacina hexavalente, que protege contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielite e hepatite B; a vacina contra a meningite B; e a vacina contra infeções por *Streptococcus pneumoniae*. A acrescentar a isto, identificaram como sinais preocupantes e que motivam o recurso a profissionais de saúde a recusa constante em alimentar-se, vómitos persistentes, temperatura corporal superior a 38°C, alterações no padrão

intestinal, nomeadamente presença de fezes líquidas, e palidez cutânea.

Quanto à segurança do lactente, os pais apresentaram conhecimento relativamente à prevenção da asfixia, no entanto apresentaram lacunas naquilo que se referia às informações acerca da síndrome shaken baby, síndrome da morte súbita e prevenção de quedas, demonstrando querer saber mais acerca de formas de prevenir estas situações.

Relativamente ao choro, os pais referiram alguma dificuldade em conseguir lidar com o choro do recém-nascido, sentindo-se desconfortáveis e perdidos quando ocorre. Neste sentido, solicitaram que lhes fosse explicado de que forma poderiam reconhecer as necessidades do filho através do choro que ele apresentava, bem como que tipo de estratégias podem adotar para tentarem controlar estes momentos em que a criança chora.

Ainda durante este momento de contacto, os pais mostraram saber aquilo que é expectável que o lactente desenvolva durante este período, no entanto não foram capazes de referir estratégias promotoras do desenvolvimento infantil nesta fase de desenvolvimento do lactente.

Por último, no que se refere à amamentação, a mãe no momento de amamentar posicionou o lactente na posição tradicional, no entanto deixou o abdómen da criança voltada para cima, mantendo-o assim. Para além disto, referiu que tem dificuldade em perceber quando é que o lactente está satisfeito, solicitando ajuda para identificar possíveis sinais que indiquem que a criança está saciada.

Dados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"

Para além do referido anteriormente, releva também que durante a consulta foi perceptível que os pais estavam despertos relativamente às necessidades do lactente, bem como à necessidade de adaptação às novas rotinas.

A mãe apresentou-se como a principal cuidadora neste momento, pois o pai regressa ao trabalho na próxima semana. A figura materna dispõe de total disponibilidade para prestar cuidados ao lactente, sendo que aquando da presença do pai este auxilia na satisfação das necessidades da criança.

Estes pais apresentam um raciocínio lógico e estruturado, uma vez que durante o diálogo mostraram ser capazes de organizar os seus pensamentos de forma coesa, reformulando ideias à medida que novas informações foram transmitidas. Durante o seu discurso os pais mostraram estar dotados de algum conhecimento relativo às necessidades desenvolvimentais do filho, apresentando-se recetivos e motivados para aprender o máximo possível sobre os cuidados a prestar ao filho. As questões colocadas foram relevantes, sendo perceptível o interesse em melhorar o seu conhecimento e uma grande preocupação com o bem-estar do lactente.

Durante a interação, os pais mantiveram-se atentos e mostraram disponibilidade, manifestando a sua vontade de se capacitarem adequadamente para garantir os cuidados necessários ao

filho.

Resultados esperados face ao diagnóstico na promoção do PP desenvolvimental

Perante as necessidades identificadas ao longo do momento de interação, é expectável que os pais sejam capazes de identificar um posicionamento correto na mama na posição tradicional, colocando o lactente alinhado e com o tronco voltado para mãe. Para além disto, os pais reconhecerão sinais de saciedade da criança, referindo que o lactente pode demonstrar estar satisfeito quando largar a mama, olhar em redor ou bolsar.

A acrescentar a isto, importa que sejam capazes de referir formas de prevenir a síndrome da morte da súbita, bem como a síndrome do shaken baby e as quedas neste período de desenvolvimento.

Relativamente aos momentos de choro, os pais já serão capazes de referir que o choro é uma forma da criança comunicar com eles, e de identificar as diferentes características do som durante o choro, associando-as a possíveis necessidades que estão a ser evidenciadas pelo choro do lactente. Para além disto, irão identificar a massagem como uma técnica que permite o relaxamento da criança, diminuindo a sua ansiedade e promovendo a interação dos pais com a criança.

A acrescentar a isto, importa que refiram que a massagem deve acontecer com a criança despida e que a temperatura ambiente deve estar adequada, utilizando óleo prensado a frio, descrevendo a forma como deve ser realizada.

Ainda relativamente ao choro, estes pais serão capazes de identificar estratégias que os ajudem a lidar com o choro da criança, referindo que se um deles estiver sozinho com a criança a chorar deve colocar o bebé num local seguro, e deixá-lo durante alguns minutos para se acalmar, voltando posteriormente para ver como está.

Por fim, os pais terão a capacidade identificar estratégias que promovam o desenvolvimento do lactente, estimulando-o para a aquisição de novas habilidades.

Contributos das intervenções face aos objetivos

As intervenções implementadas possuem um papel fundamental na conceção de cuidados, visando garantir que os cuidados sejam proporcionados de forma contínua e baseados em evidências atualizadas.

No que se refere às intervenções do tipo "avaliar evolução", estas são essenciais para monitorizar o progresso do lactente ao longo do tempo, relativamente ao desenvolvimento físico, emocional ou cognitivo. Estas intervenções implicam observações regulares para verificar mudanças relativas ao desenvolvimento da criança e se os cuidados proporcionados pelos pais estão a ser eficazes.

Relativamente ao “executar”, estas intervenções envolvem a implementação prática das ações planeadas, que têm como objetivo garantir o bem-estar e a saúde do lactente. A execução eficaz de cuidados, como a amamentação, está diretamente relacionada com o acompanhamento da evolução da criança. Neste caso, a mãe foi incentivada a colocar as costas apoiadas na parte de trás da cadeira e relaxar, tentando aliviar a tensão que estava a fazer nos ombros.

Quanto ao “informar”, este é crucial para garantir que os pais proporcionam os cuidados ao lactente de forma informada e recorrendo às melhores práticas e estratégias relativas às necessidades do lactente. O apoio contínuo é uma ferramenta importante para promover a confiança dos pais, permitindo-lhes tomar decisões informadas e realizar os cuidados de forma competente. Estas ações permitem que os pais se sintam capazes e preparados para enfrentar os desafios relativos aos cuidados que têm que prestar ao filho, além de fortalecerem o vínculo entre eles.

O conjunto de intervenções referidas garantem cuidados com qualidade, integrando a observação contínua, a implementação de práticas seguras e a transmissão de informações relevantes para o bem-estar do lactente e de forma a tranquilizar os pais.

Definição dos timings de avaliação do objetivo final

Avaliar evolução da eliminação intestinal; Avaliar evolução da eliminação urinária; Avaliar evolução da integridade dos tecidos; Avaliar evolução do sono; Avaliar evolução da ligação mãe-filho; Avaliar evolução da ligação pai-filho; Avaliar evolução da vinculação; Avaliar evolução do desenvolvimento infantil; Avaliar evolução do crescimento; Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto; Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Consulta do 2º mês]

Estes são parâmetros que, após avaliação se encontravam dentro daquilo que é o expectável para este período de desenvolvimento. No entanto, de acordo com o preconizado no programa nacional de saúde infantil e juvenil são considerados aspetos que devem ser novamente avaliados na próxima consulta, pelo que foram prescritos para a consulta do 2º mês. Salientar que o domínio referente ao sistema cardiovascular não apresenta uma avaliação contínua, dado que não está preconizada a sua avaliação na consulta seguinte e não apresentou alteração aquando da avaliação.

Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar; Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre amamentação; Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação; Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente; Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança; Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança; Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do

lactente; Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [No final da consulta]

A avaliação destes aspetos foi programada para o final da consulta, uma vez que, apesar de serem informações novas que foram transmitidas no decorrer deste primeiro momento de interação com os pais, estes são aspetos que relevam para que o lactente se desenvolva de acordo com o esperado, e por outro lado importa validar a compreensão das medidas que permitem prevenir acidentes, no sentido de iniciarem a sua implementação em casa. Assim sendo, importa garantir que todos os temas sejam assimilados no final desta consulta, dado que podem comprometer o desenvolvimento saudável do lactente.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Consulta do 2º mês]

Este aspeto releva ser avaliado na próxima consulta programada, pois no final desta consulta foi validado a aquisição de conhecimentos por parte dos pais relativamente a esta temática, pelo que importa que na próxima consulta eles refiram a mobilização deste conhecimento para o seu quotidiano.

A conceção de cuidados e relação com o tema: Síndrome do Shaken Baby no recém-nascido

A Síndrome do Shaken Baby é considerada uma forma grave de abuso infantil, que geralmente ocorre quando uma criança é abanada de forma violenta (Souza et al., 2025). Assim, esta síndrome encontra-se, frequentemente, associada a momentos em que os pais ou cuidadores, experienciam sentimentos de frustração e stress diante do choro persistente e intenso da criança, perdendo o controlo e agindo de maneira impulsiva.

No exercício do seu papel, os pais em resposta ao choro do recém-nascido e lactente, tendencialmente, abanam a criança por forma a acalmá-la (Moreira et al., 2023). Assim, percebe-se que, nem sempre, eles são capazes de identificar este movimento como preditor de uma condição prejudicial para a criança. De acordo com estes autores, estima-se que cerca de entre 25% a 50% dos pais não têm conhecimento que abanar uma criança pode provocar lesões cerebrais graves.

Com o intuito de perceber o conhecimento que estes pais tinham relativo a esta tema e, tendo como objetivo garantir a promoção da segurança do lactente, este foi um dos aspetos abordados com os pais. Estes pais referiram possuir algum conhecimento acerca desta síndrome, nomeadamente possíveis consequências. No entanto, e recorrendo a meios audiovisuais durante a interação com eles, após lhes ter mostrado um vídeo que retratava um momento em que uma criança estava a ser violentamente abanada de forma involuntária pelo pai, estes pais relataram que não esperariam que esta fosse uma síndrome que ocorresse de forma tão natural e inconsciente, mostrando-se surpresos com a facilidade com que pode

ocorrer sem haver uma intencionalidade. Assim, importa refletir que mesmo existindo conhecimento sobre este tema pode, por vezes, ser encarado por parte dos pais ou cuidadores, como algo que é difícil de acontecer por não haver intencionalidade por parte de quem cuida, não tendo perceção de que, de facto este é um ato que acontece, recorrentemente, de forma involuntária.

Após perceber as necessidades destes pais no que se refere a esta temática, abordou-se aspetos como possíveis estratégias para lidarem com o choro do lactente, salientando a importância de perceberem que o choro é uma forma de comunicação da criança, e que em momentos mais desafiantes devem ser capazes de se autorregular emocionalmente, mesmo que isso implique deixar a criança sozinha, com as devidas condições de segurança asseguradas no berço.

O conhecimento prévio que estes pais já possuíam e a consciencialização de que esta é uma síndrome que pode ocorrer de forma involuntária e irrefletida, bem como a informação transmitida relativa às medidas de prevenção desta síndrome traduziram ganhos em saúde, uma vez que no final da consulta, pelas 14:45h, estes pais já se encontravam capacitados no que se refere à prevenção da síndrome do shaken baby.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências comuns do Enfermeiro Especialista

A aquisição das competências como EESIP foi um processo contínuo ao longo de toda a minha trajetória, como estudante de especialidade e mestrado profissional, refletindo-se nas conceções de cuidados anteriormente apresentadas, e exibindo um maior relevo no decorrer deste capítulo.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), o enfermeiro especialista é aquele que detém as competências científicas, técnicas e humanas necessárias para prestar cuidados especializados na sua área de atuação. Este reconhecimento formal das competências especializadas assegura que o enfermeiro, ao exercer a sua prática clínica diária, utiliza um conjunto diferenciado de habilidades que abrangem não apenas os cuidados gerais de enfermagem, mas também os cuidados especializados, com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e responder adequadamente às necessidades de saúde dos clientes.

No contexto do EESIP, a relevância não está apenas no desenvolvimento de competências específicas na área da saúde infantil e pediátrica, mas também na aquisição de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas. Assim, é essencial que, durante o seu processo de formação contínua, o EESIP desenvolva a capacidade de planejar, gerir e supervisionar os cuidados, além de fornecer suporte por meio da formação, pesquisa e assessoria na prática profissional especializada (Regulamento n.º 140/2019). Para adquirir competências específicas na área da SIP, o enfermeiro deve ser capaz de ajustar os cuidados às necessidades de saúde dos utentes, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos desafios de saúde característicos dessa área.

O desenvolvimento das competências exigidas ao EESIP ocorre de forma gradual e contínua, o que implica a necessidade de monitorizar e avaliar esse desenvolvimento, ao longo de todo o processo formativo. Portanto, a reflexão e análise do percurso de aprendizagem que possibilitam a aquisição das competências comuns e específicas assume grande importância, uma vez que os estágios clínicos ocorreram em unidades com diferentes características, o que exigiu o desenvolvimento dessas competências em contextos com particularidades distintas. Este processo contribui significativamente para a consolidação de conhecimentos e o aprimoramento das habilidades, atitudes e competências.

Neste contexto, este capítulo visa refletir sobre o caminho percorrido ao longo da formação

académica, com destaque para as experiências mais relevantes adquiridas durante os ENP, e a integração das orientações recebidas ao longo de todo o percurso. A partir disto, será exposto de que maneira essas vivências permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas, possibilitando a prestação de cuidados especializados em SIP, e ainda de que forma proporcionaram a implementação do projeto de desenvolvimento profissional.

Com base nas orientações mencionadas e em conformidade com os regulamentos das competências comuns e específicas do EESIP estabelecidos pela OE (Regulamento n.º 422/2018; Regulamento n.º 140/2019), as considerações subsequentes serão estruturadas em torno de quatro domínios essenciais, que representam as competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Nesta abordagem, será realizada uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas em diferentes contextos clínicos, salientando a importância da componente clínica para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista. Em seguida, serão discutidas as competências específicas do EESIP, considerando as experiências vivenciadas nos estágios clínicos e a contribuição desses momentos para o desenvolvimento dessas competências.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista deve exercer a sua prática em conformidade com os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal, o que implica que o desenvolvimento da prática na sua área de especialização aconteça em alinhamento com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Isto assegura que a prestação de cuidados respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

A associação deste domínio ao Código Deontológico de Enfermagem é inevitável, uma vez que este documento expõe os direitos e deveres da profissão, alicerçado nos princípios éticos e na autorregulação da prática (OE, 2005). Desta forma, o código deontológico orienta os enfermeiros no exercício da profissão, pautando-se no domínio dos conhecimentos técnicos e científicos, com respeito pela vida e pela dignidade humana.

O desenvolvimento deste domínio foi constante ao longo de todos os contextos clínicos, dada a sua relevância na prestação de cuidados especializados. Embora este seja um princípio aplicado em qualquer prática de enfermagem, na formação do enfermeiro especialista, a responsabilidade ética e legal adquire uma importância redobrada. Isto porque, ao longo das minhas vivências nos diferentes contextos clínicos, percebi que fui desenvolvendo uma visão mais crítica sobre a prática clínica, sustentada no conhecimento adquirido durante o percurso académico. Assim, todas as decisões clínicas tomadas foram fundamentadas no respeito pelos

direitos e preferências dos clientes, assegurando o direito à privacidade e baseando todas as decisões no conhecimento científico, sempre respeitando os valores, crenças e costumes da criança e da família. O respeito pelos valores, crenças e costumes deve ser aqui realçado, uma vez que durante a minha passagem pelos diferentes contextos, fui verificando que existem cada vez mais crianças e famílias de outras nacionalidades a recorrerem aos serviços de saúde, o que implica que os enfermeiros adequem os cuidados. No contexto de neonatologia, tive oportunidade de vivenciar uma situação de uma mãe natural do Bangladesh que apenas falava inglês e que, durante os momentos em que amamentava, era necessário proporcionar um momento com maior privacidade. Isto porque, segundo o que a mãe explicou, na sua cultura o expectável era que os momentos de amamentação acontecessem apenas em casa, e não noutros locais. Maleki et al. (2024) referem que a compreensão de privacidade de um indivíduo é moldada pelos contextos cultural e familiar, podendo influenciar a sua perspetiva sobre aquilo que constitui privacidade. Assim sendo, foi explicado à mãe a importância de iniciar a amamentação assim que possível, referindo os benefícios para ambos, e foi assegurado que, caso pretendesse iniciar ainda no serviço, estes seriam momentos íntimos, em que a privacidade dela e do recém-nascido seria assegurada, garantindo que ninguém iria observar aqueles momentos, sem a sua autorização, colocando-a também à vontade para decidir, perante tudo isto, se de facto pretendia iniciar a amamentação apenas em casa. Desta forma, a mãe referiu que pretendia iniciar a amamentação assim que possível, solicitando que a sua privacidade fosse assegurada ao máximo. Assim, foram colocados biombos ao redor do local onde a mãe estava a amamentar, e pedida autorização para permanecer ali, enquanto profissional, no sentido de observar a mamada.

A reflexão sobre o processo de tomada de decisão e a partilha dos resultados dessa reflexão são etapas cruciais, pois possibilitam a consideração de diferentes abordagens e o debate sobre a melhor estratégia a adotar em cada situação específica. Esse processo de discussão e reflexão ocorreu de forma contínua em todos os contextos de estágio, especialmente durante as passagens de turno aquando da transmissão de informação, onde os casos mais complexos eram analisados pela equipa, que, em conjunto, discutia e apresentava as melhores opções para resolver ou controlar as situações, adotando a solução mais adequada ao contexto. Nunes et al. (2021) referem a comunicação e o trabalho de uma equipa como sendo fatores determinantes na garantia da qualidade dos cuidados e na sua segurança. Desta forma, os momentos de passagem de turno garantem que todos os membros da equipa compreendem aquilo que foi feito durante o decorrer do turno anterior e planeiem o próximo de acordo com as necessidades transmitidas, sendo que todas as informações partilhadas devem ser claras, precisas e atualizadas. As informações transmitidas durante a passagem de turno, podem abordar questões não só referentes à avaliação do estado de saúde dos clientes, como também intercorrências e assuntos de interesse institucional (Echer et al., 2021). Assim sendo, estes momentos favorecem uma melhor organização do trabalho, assegurando a continuidade dos

cuidados prestados nos diferentes turnos, independente das mudanças de equipa

O direito à informação, particularmente na área da SIP, reveste-se de extrema importância, pois fomenta a criação de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o cliente, facilitando a colaboração aquando da realização dos procedimentos. Contudo, nesta área, o cliente dos cuidados não se resume à criança, estendendo-se também aos pais, configurando-se, portanto, um binómio de cuidados (Regulamento n.º 422/2018). Neste contexto, durante a minha prática clínica, assegurei que, sempre que pertinente, ambos os clientes — a criança e os pais — fossem devidamente informados sobre o que estava a acontecer, com explicações claras e a concordância expressa para realizar os cuidados. No entanto, nas situações de urgência ou emergência, que aconteceram, particularmente nos contextos de urgência e de neonatologia, nem sempre foi possível fornecer uma informação prévia ou garantir o seu consentimento informado. Segundo Varkey (2021), a competência é o primeiro requisito para o consentimento informado, ou seja, importa que o profissional perceba a capacidade que o cliente tem de expressar a preferência ou escolha. Nestes casos, quando a criança não tinha capacidade para expressar a sua vontade e os pais não estavam presentes, a atuação do enfermeiro baseava-se no princípio da beneficência, indo ao encontro daquilo que a literatura aconselha (Varkey, 2021). Assim, o princípio da beneficência refere-se à obrigação que os profissionais de saúde têm de agir de acordo com o maior benefício para o cliente e para o seu bem-estar, evitando possíveis consequências graves.

A preservação do direito à privacidade do cliente é outro aspeto relevante na prática clínica do enfermeiro especialista. A privacidade deve ser assegurada não só durante o planeamento dos cuidados, mas também ao longo de toda a sua execução direta, o que exige a existência de estruturas e condições adequadas. No contexto do serviço de urgência, a garantia da privacidade revelou-se um desafio devido à infraestrutura física do serviço. Tal como Gripko et al. (2023) referem, garantir a privacidade e confidencialidade neste contexto, mostra-se complexo e apresenta impacto na prática clínica. Esta complexidade descrita refere-se nomeadamente a aspetos do ambiente físico do serviço e à pressão de tempo no contexto clínico, o que se verificou em contexto de estágio. A comunicação entre os profissionais e os pais em locais partilhados, onde estão presentes várias camas, significa que outros clientes e familiares podem ouvir, o que prejudica a confidencialidade e, por vezes, pode impedir os profissionais de fazerem perguntas sensíveis (Gripko et al., 2023). Para além disto, o facto destes ambientes serem muito movimentados agrava ainda mais o problema. No entanto, no serviço de urgência onde decorreu o estágio, os profissionais de saúde adotaram estratégias como o uso de biombos e a realização de procedimentos em salas de enfermagem, assegurando, assim, o direito à privacidade e à dignidade dos clientes. Isto corrobora aquilo que foi identificado no estudo de Gripko et al. (2023), que mostra que os profissionais dos serviços desenvolvem estratégias para cumprir o dever de confidencialidade na medida do possível, mesmo em condições menos ideais. Por outro lado, no serviço de neonatologia, a gestão do

ambiente para a comunicação de notícias difíceis foi adequadamente assegurada, com a disponibilização de uma sala específica que garantiu a privacidade e confidencialidade das informações transmitidas aos pais. Este aspeto permite melhorar a experiência de cuidados dos pais e recém-nascidos, promovendo a sua privacidade e a dignidade, garantindo uma prestação de cuidados baseada na ética e humanismo, através do fornecimento de espaços de cuidados individualizados, implementando estratégias de comunicação eficazes e fomentando uma cultura de consciencialização sobre a importância da privacidade entre os profissionais de saúde (Maleki et al., 2024).

O desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista foi enriquecido pela diversidade de situações e contextos vivenciados. Este percurso proporcionou uma reflexão sobre as maiores valências e desafios dos serviços, evidenciando a importância de adotar estratégias adequadas para garantir os direitos dos clientes.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

O enfermeiro especialista deve evidenciar competência na dinamização e no apoio a projetos estratégicos institucionais, com o objetivo de implementar práticas de qualidade, contribuir para iniciativas de aprimoramento contínuo e assegurar a criação de um ambiente seguro (Regulamento n.º 140/2019).

A qualidade dos cuidados de saúde deve ser reconhecida como uma responsabilidade partilhada entre as várias profissões, e deve ter em conta as especificidades de cada contexto (OE, 2001; Stavropoulou et al., 2022). Portanto, é imperativo que os enfermeiros especialistas desempenhem um papel central na definição dos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem, garantindo que estes atendam às necessidades e expectativas dos clientes, enquanto promovem a melhoria contínua dos serviços de saúde.

O enfermeiro especialista desempenha um papel central na melhoria contínua da qualidade ao aplicar práticas baseadas na evidência, uma vez que permite que os cuidados que presta estejam baseados na melhor e mais recente evidência científica, permitindo uma prestação de cuidados com maior qualidade (Grys, 2022). Isto permite que, os cuidados sejam mais eficazes, ajustados às necessidades individuais de cada criança e família, bem como adaptados às mudanças nas condições de saúde ao longo do tempo.

Em todos os contextos clínicos, foi evidente a importância que as equipas de saúde atribuíam a esta competência, e como tal procuravam sempre identificar áreas da atividade profissional em que era necessário e oportuno a implementação de novas estratégias, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Contudo, o processo de identificação destas necessidades,

bem como o planeamento e implementação de novas estratégias para melhoria requerem que o enfermeiro dedique algum do seu tempo para a realização de todo este processo, e implica uma monitorização e avaliação contínua da estratégia implementada no sentido de perceber a sua eficácia, o que nem sempre é possível nos serviços (Grys, 2022). Isto porque, o tempo de atividade profissional dos enfermeiros está mais focado para aquilo que é a prestação de cuidados ao cliente, e, portanto, existe pouco tempo disponível para dedicarem à análise e avaliação daquilo que requer melhoria dos cuidados no serviço.

Os cuidados prestados nos serviços de saúde devem estar em constante evolução, o que implica que haja um aperfeiçoamento de forma sistemática, com foco na segurança, eficácia e satisfação do cliente (Grys, 2022). Desta forma, o enfermeiro especialista, com sua expertise, participa ativamente na implementação de protocolos e diretrizes clínicas que visam otimizar processos e reduzir erros, e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Nos serviços onde decorreram os estágios, foi possível verificar a existência de procedimentos, protocolos e diretrizes elaborados pelos enfermeiros. Os protocolos são instrumentos de sistematização que auxiliam os enfermeiros na organização da sua prática e no processo de tomada de decisão, proporcionando apoio em dilemas éticos e profissionais, facilitando a validação das práticas e ajudando a lidar com desafios enfrentados durante o exercício da profissão (Araújo et al. 2020). Releva para a prática clínica que estes documentos se encontrem baseados na melhor e mais recente evidência científica, bem como vão acompanhando as alterações que podem ocorrer, ao longo dos anos, na prestação de cuidados (Araújo et al. 2020), pelo que devem ser atualizados. Apesar da existência de todos estes documentos, estes necessitavam ser revistos e atualizados, sendo este um aspeto que poderia ser aperfeiçoado no sentido de atingir uma melhor qualidade nos cuidados prestados no serviço.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é um processo dinâmico e essencial, e o enfermeiro especialista deve oferecer o seu contributo. A sua formação avançada, o seu compromisso com a atualização constante e a sua capacidade, avaliar e monitorizar os cuidados são fundamentais para promover um atendimento de qualidade, seguro e centrado no cliente.

Domínio da gestão dos cuidados

O enfermeiro especialista exerce a gestão dos cuidados aprimorando a capacidade de resposta da enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das atividades delegadas (Regulamento n.º 140/2019).

A competência do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados é um dos pilares essenciais para a promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem. Este profissional, ao deter um nível avançado de conhecimento, habilidades e

atitudes, desempenha um papel determinante na coordenação, organização e otimização de todos os aspetos relacionados com o serviço, tendo como foco não apenas a eficiência operacional, mas, sobretudo, o bem-estar e a segurança do cliente.

A gestão dos cuidados de saúde envolve a capacidade de tomar decisões fundamentadas, de forma estratégica, com vista a obter os melhores resultados possíveis, assegurando a adequação dos recursos e garantindo a sustentabilidade do serviço. O enfermeiro especialista, com a sua formação avançada e competência técnica, tem um papel central neste processo, sendo responsável por planear, implementar e avaliar as intervenções de enfermagem de forma eficaz e eficiente (Rego & Coelho, 2016). Todos estes aspetos não se devem apenas restringir à prática direta de cuidados, mas também à coordenação e à supervisão das equipas de enfermagem, à gestão burocrática e à avaliação contínua dos resultados. Durante os estágios, no que se refere à supervisão da equipa de enfermagem, foi evidente a necessidade que os enfermeiros especialistas têm de possuir habilidades de comunicação eficazes, capacidade de gestão de conflitos e capacidade de articulação entre as diversas especialidades, de modo a fomentarem um ambiente positivo e favorável à prática. Um dos contextos onde isso foi evidente foi no serviço de urgência, onde perante uma situação na sala de emergência, duas colegas que estavam a trabalhar no mesmo local foram ambas para a sala de emergência, tendo deixado o posto de trabalho onde se encontravam sem ninguém. A enfermeira responsável de turno, apercebeu-se da situação assim que as viu e solicitou que uma delas fosse, rapidamente, para o seu posto de trabalho. Posteriormente, foi falar com elas para perceber porque tinham ido as duas, reforçando e explicando a importância de aquando de uma emergência ficar sempre uma pessoa no seu posto de trabalho.

Uma das competências fulcrais do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados é a capacidade de atuar de forma autónoma e colaborativa dentro das equipas (Regulamento n.º 140/2019). Assim, este profissional é responsável por articular e liderar as intervenções de enfermagem, assegurando a continuidade dos cuidados. Durante o percurso nos contextos clínicos, foi possível identificar que de facto o enfermeiro especialista representa, muitas vezes, uma figura de auxílio e é um recurso para outros profissionais quando estes encontram situações clínicas mais complexas, ou quando apresentam alguma dúvida ou dificuldade a nível da sua prática. Neste sentido, o enfermeiro especialista intervém no sentido de esclarecer e colaborar com o colega, de forma a garantir a segurança e o bem-estar da criança.

Além disto, o enfermeiro especialista deve ser capaz de liderar processos de mudança dentro das instituições de saúde, incitando melhorias contínuas na qualidade dos cuidados prestados. Isto implica que ele seja capaz de identificar áreas que apresentem potencial para ser melhoradas, implementar estratégias para otimizar recursos, e avaliar o impacto das intervenções realizadas. Este aspeto representa, por vezes, um desafio na prática, pois a mudança para alguns profissionais pode ocorrer com dificuldade, e ser potenciadora de algum tipo de conflito.

Outro aspeto fundamental da competência do enfermeiro especialista em gestão dos cuidados é a capacidade de gerir e monitorizar os recursos materiais e humanos disponíveis, assegurando que as condições de trabalho e os recursos sejam adequados para a prestação de cuidados de qualidade (Regulamento n.º 140/2019). A gestão eficaz da equipa de enfermagem, a delegação de tarefas de forma estratégica, e a formação e supervisão contínuas são essenciais para garantir a eficiência e a eficácia na prestação dos cuidados, enquanto promove um ambiente de trabalho saudável e motivador para os profissionais (Santos et al., 2013). O desenvolvimento desta competência iniciou-se durante o meu percurso nos contextos clínicos, uma vez que os enfermeiros tutores, ao serem escalados como enfermeiros responsáveis, tinham a função de organizar e gerir o serviço, distribuindo tarefas entre os profissionais e articulando com outras classes profissionais, bem como gerir os recursos materiais disponíveis durante o turno. Algumas destas tarefas mostraram-se desafiantes, dado que aquando da ocorrência de imprevistos foi necessário reorganizar a equipa e fazer uma redistribuição de doentes, procurando manter sempre a equidade da sobrecarga de trabalho atribuída aos colegas. A acrescentar a isto, alguns dos recursos materiais necessários durante o turno, por vezes mostraram-se escassos, o que dificultava a implementação dos cuidados, necessitando de serem, adaptados ou reformulados.

A monitorização da qualidade dos cuidados prestados e a avaliação de indicadores de desempenho também são competências cruciais deste enfermeiro (Regulamento n.º 140/2019). Ao implementar sistemas de monitorização da qualidade e segurança, o enfermeiro especialista assegura que as práticas clínicas estão congruentes com os padrões de qualidade estabelecidos, promovendo, assim, a melhoria contínua (Estefanio et al., 2023). Desta forma, a capacidade de analisar dados relacionados aos resultados de saúde é essencial para a gestão eficaz dos cuidados. Este aspeto foi mais evidente no contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade, onde foi clara a importância de atingir os indicadores e a relevância que isso tem para a adequação da prática do enfermeiro.

A gestão dos cuidados envolve, portanto, a necessidade de reflexão crítica sobre as práticas da equipa de enfermagem e sobre o seu próprio desempenho. O enfermeiro especialista, como líder, deve ser capaz de oferecer feedback e fomentar uma aprendizagem contínua, motivando os profissionais, e incentivando à pesquisa e implementação de novas tecnologias e metodologias de cuidado que contribuam para a excelência da prestação dos cuidados de enfermagem (Fação et al., 2022).

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O enfermeiro especialista necessita de demonstrar a habilidade de autoconhecimento e

compreender a sua influência no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Valoriza tanto a dimensão pessoal, como a interação com grupo, considerando o contexto singular, profissional e organizacional.

A competência do enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais é crucial para o desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem e para a evolução da qualidade dos cuidados prestados. Este profissional representa, na classe profissional, um nível avançado de formação e prática, não aprimorando apenas as suas próprias habilidades, mas também apresentando um papel ativo na promoção da aprendizagem e formação dos outros membros da equipa de saúde, evidenciando-se assim como um apoio à formação de profissionais da área.

Uma das competências essenciais neste domínio é a capacidade de integrar a aprendizagem contínua na sua prática clínica diária (Regulamento n.º 140/2019). Assim sendo, o enfermeiro especialista deve estar constantemente atualizado, não só a nível de conhecimento teórico, metodológico e prático, como também ter a capacidade de aperfeiçoar a sua capacidade de lidar com novas tecnologias que emergem na área da saúde (Parente et al., 2024). Isto porque, a prática de enfermagem é dinâmica e evolui com os avanços da ciência e da medicina, o que requer que o enfermeiro especialista mantenha um compromisso com a aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional. A atualização dos conhecimentos e práticas por parte dos enfermeiros, não só contribui para o desenvolvimento de competências, como também melhora a sua prestação de cuidados, garantindo segurança e qualidade.

O desenvolvimento desta competência foi transversal a todos os profissionais com os quais tive contacto durante os períodos de estágio, sendo atribuída bastante importância ao desenvolvimento das suas competências e à sua participação em ações formativas da área de enfermagem. Isto é facilitado pela disponibilização de horas que cada serviço atribui aos profissionais, e que permite a frequência de formações durante o período laboral.

Além disto, o enfermeiro especialista deve ser um facilitador da aprendizagem dentro da equipa, atuando como orientador de outros profissionais em desenvolvimento e promovendo um ambiente de aprendizagem contínua (Regulamento n.º 140/2019). Isto envolve a partilha de conhecimentos, a realização de formações sobre determinada área da enfermagem e o desenvolvimento de práticas reflexivas. Ao desempenhar este papel, o enfermeiro especialista contribui para o crescimento profissional dos colegas, incentivando a aplicação de práticas baseadas em evidências e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Isto foi evidenciado nos diversos contextos, nomeadamente, no contexto de neonatologia e no internamento de pediatria. Assim, aquando da ida a formações, os profissionais partilhavam entre si o conhecimento que traziam de novo para o serviço, sendo que apesar de não haver um momento formal para tal, existia esta partilha entre a equipa.

A competência do enfermeiro especialista reflete-se, também, na capacidade de avaliar e integrar novas evidências científicas no seu processo de tomada de decisões clínicas

(Regulamento n.º 140/2019). Ao envolver-se com a investigação e a pesquisa, o enfermeiro especialista não só aprimora suas próprias competências, como também contribui para a construção do conhecimento na área da enfermagem, promovendo a inovação na prática (Monteiro et al., 2010). Assim, este compromisso com a pesquisa e a disseminação do conhecimento garante que os cuidados de enfermagem são baseados, concomitantemente, nas melhores práticas e nas evidências mais recentes, integrando as necessidades dos clientes e os avanços da medicina. Neste sentido, e tendo por base o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista durante os ensinamentos clínicos que decorreram neste curso de mestrado, fui desenvolvendo pesquisas bibliográficas acerca de diversas áreas do conhecimento de enfermagem da área de saúde infantil e juvenil e que integrei na minha prática clínica, em particular no que se refere à SSB, tema em que adquiri um conhecimento mais aprofundado.

No que se refere à educação, o enfermeiro especialista deve contribuir para o desenvolvimento de programas educativos que visem melhorar a formação dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019). Adicionalmente, o enfermeiro especialista deve ser capaz de avaliar as necessidades de aprendizagem dentro da sua equipa e da instituição onde trabalham, identificando áreas que necessitam de aperfeiçoamento e promovendo intervenções educacionais direcionadas (Parente et al., 2024). Isto inclui a elaboração de planos de desenvolvimento profissional e a implementação de estratégias educativas que atendam às necessidades específicas da equipa de saúde. Desta forma, dada a aquisição de um especial conhecimento no que refere à SSB, e tendo em consideração a necessidade que os diferentes serviços apresentaram relativamente a este tema, foi possível implementar determinadas ações no sentido de aumentar o conhecimento dos profissionais acerca do tema.

Neste sentido, durante a realização do ENP tive necessidade de desenvolver conhecimento relativo à elaboração de um projeto, de forma a assegurar que a implementação do projeto de desenvolvimento profissional fosse realizada adequadamente. Isto porque, segundo Ruivo et al. (2010), um projeto em saúde deve produzir benefícios que perdurem no tempo e permitir o desenvolvimento global.

A elaboração de um projeto tem por base um problema real, que é identificado durante a prática clínica, e posteriormente investigado, desenvolvendo-se estratégias que visem a sua resolução, e refletindo criticamente durante todo este processo (Ruivo et al., 2010). Neste sentido, a elaboração de um projeto caracteriza-se pela sua autenticidade, dado que foca um problema genuíno, envolvendo alguma complexidade, uma vez que necessita da projeção de tarefas complexas, e apresenta um caráter prolongado e faseado, pois é implementado ao longo do tempo e são percorridas várias fases.

A elaboração de projeto inicia-se com o planeamento, onde importa a existência de uma revisão teórica acerca do tema, bem como identificação das necessidades, definição de objetivos, seleção de estratégias e preparação da execução (Martins & Borges, 2023).

A revisão teórica deve ter em conta a melhor evidência científica, e ser o mais atual possível, utilizando fontes credíveis (Martins & Borges, 2023). Para além disto, a identificação e caracterização do contexto onde irá ser desenvolvido o projeto é um aspeto relevante, uma vez que irá permitir uma melhor identificação das necessidades. Esta identificação de necessidades pode ser desenvolvida através da realização de entrevistas ou aplicação de instrumentos de avaliação, como são exemplos os questionários. No caso do meu projeto, optei por utilizar um breve questionário aplicado antes e após a atividade realizada. Após esta identificação de necessidades, devem ser definidos objetivos, que devem ser capazes de dar resposta às necessidades apresentadas, sendo claros, precisos, exequíveis e isentos de juízos de valor, e realizada a seleção das estratégias a utilizar, procurando que estas sejam atrativas e apelativas, tendo em conta as características do público-alvo. Por fim, nesta etapa ocorre ainda a preparação da implementação do projeto, onde deve constar um plano de sessão que seja orientador da sua execução (Martins & Borges, 2023).

No que respeita à fase de execução, esta deve ocorrer o mais próximo possível do planeado, sendo que quanto melhor o planeamento da atividade, maior a probabilidade da sua execução ser bem-sucedida (Martins & Borges, 2023). Por fim, a fase de avaliação deve contemplar a avaliação de resultados, possibilitando aferir se os objetivos definidos foram alcançados e se o projeto foi eficaz, e a avaliação do processo, que se relaciona com todo o percurso até esta fase e possíveis intercorrências, e ainda com as variáveis do contexto onde irá ser aplicada a atividade e que podem influenciar, de forma positiva ou negativa, os ganhos em saúde.

Perante todo o exposto, o domínio das aprendizagens profissionais apresenta um importante papel no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, contribuindo para o avanço da profissão de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e para a formação de uma equipa de profissionais altamente qualificados. Isto envolve um compromisso com a atualização contínua das suas próprias competências e também da sua capacidade de orientar e partilhar o conhecimento com os colegas de trabalho, integrando novas evidências científicas na prática clínica e fomentando uma cultura de aprendizagem contínua.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP vê a sua prática orientada por um modelo conceptual centrado na criança e na família, reconhecendo o binómio criança-família como o principal beneficiário dos cuidados prestados. Este modelo coloca a criança no centro da atenção, tendo em conta as suas necessidades específicas ao longo das várias fases do ciclo de vida, que engloba desde o nascimento até os 18 anos. Em situações especiais, como doenças

crônicas, incapacidade ou deficiência, a atuação deste enfermeiro pode estender-se até aos 21 ou 25 anos, caso a transição para a vida adulta não tenha sido devidamente concluída.

O ESSIP tem intervenção em diferentes contextos, podendo estes estenderem-se desde o contexto hospitalar, comunitário, escolar até ao apoio domiciliário (Regulamento n.º 422/2018). Isto permite que proporcione educação para a saúde às pessoas que contactam recorrentemente com a criança e identifique e mobilize recursos que possam apoiar a família nas suas necessidades específicas. Desta forma, ao identificar situações críticas, este elemento apresenta capacidade de atuar de maneira proativa na promoção da saúde infantil, bem como implementar práticas de cuidados que promovam a saúde física, mental e emocional das crianças e dos seus familiares.

A função do EESIP vai além dos cuidados clínicos tradicionais, envolvendo uma abordagem holística, que integra a criança e a sua família no processo de cuidados. Este profissional é essencial para o desenvolvimento saudável das crianças e jovens, proporcionando cuidados de excelência e promovendo a melhoria contínua da qualidade de vida da criança e da sua família. Assim sendo, seguidamente, vão ser apresentadas as competências do EESIP, que foram desenvolvidas ao longo dos contextos clínicos e que me permitiram evoluir enquanto profissional na área da saúde infantil.

Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Esta competência do EESIP envolve um conjunto de ações e intervenções especializadas, destinadas a apoiar as crianças, jovens e as suas famílias em contextos caracterizados por situações de vulnerabilidade, risco ou necessidade de apoio intensivo (Regulamento n.º 422/2018). O desenvolvimento desta competência ocorreu em diversos contextos clínicos, nomeadamente nos contextos de cuidados diferenciados.

No contexto de internamento de pediatria, o caso de uma menina, no período toddler, com doença renal crónica que descompensou e necessitou de internamento, evidenciou bastante a importância desta competência. A abordagem a esta criança exigiu um conhecimento aprofundado sobre as implicações da doença renal crónica, uma vez que esta compromete o crescimento e o desenvolvimento da criança, representando uma redução significativa na esperança de vida (Rezende et al., 2021). Aquando da entrada no serviço, e perante este período de instabilidade, foi necessário orientar as intervenções de enfermagem para a estabilização da criança, através da monitorização de parâmetros essenciais, observação do estado geral da criança e administração de fármacos.

Dado que esta é doença progressiva, importa que se conheça fatores que poderão influenciar a

sua progressão (Rezende et al., 2021). Assim, a gestão do regime terapêutico pelos pais, nomeadamente a administração da medicação e a adequação da alimentação revelam-se dois fatores fulcrais no controlo da doença. Neste sentido, foram reforçados junto dos pais estes conhecimentos e capacidades, e dada a necessidade da realização da diálise peritoneal, posteriormente, iniciou-se a capacitação dos pais. A diálise peritoneal é um tratamento efetuado através de um implante de cateter abdominal e que pode ser realizado no domicílio, exigindo a presença de um cuidador que esteja capacitado para a sua execução (Rezende et al., 2021). Neste sentido, e após reunir com ambos os pais, explicando a importância e necessidade deste procedimento e as suas vantagens, verificou-se que mãe apresentava disponibilidade e vontade para aprender. Isto revelou-se uma mais-valia em todo o processo, dado que de acordo com Rezende et al. (2021), para que o tratamento pediátrico tenha bons resultados é fundamental que o toddler e a sua família estejam envolvidos e entendam a importância de todos os passos a serem realizados, uma vez que têm de dispor de tempo e apresentar dedicação diária por um período indeterminado, o que pode provocar grandes alterações a nível da dinâmica familiar.

Assim, desde o primeiro momento de contacto, foi evidente a importância de possuir conhecimentos sobre a doença e de conseguir mobilizá-los para a prática, no sentido de garantir uma resposta prévia às complicações. Para além disto, a aquisição de conhecimento sobre um tratamento tão específico, como a diálise peritoneal, foi fulcral para capacitar os pais e abordar a sua necessidade de adaptação às implicações que este tratamento pode trazer para as suas rotinas.

O caso exposto acima, permitiu o desenvolvimento da unidade de competência referente ao reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais, através da necessidade de mobilização de conhecimentos e habilidades para a identificação de focos, uma vez que a doença renal crónica inicialmente estava descompensada, era fundamental monitorizar as funções vitais, no sentido de identificar precocemente possíveis alterações e antecipar uma resposta. Para além disto, a unidade de competência referente à prestação de cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde foi desenvolvida através da aquisição de conhecimentos e habilidades sobre a terapia adequada para o caso, neste caso a diálise peritoneal, recorrendo à pesquisa bibliográfica no sentido de fundamentar a tomada de decisão. Também a unidade de competência relativa à promoção da adaptação da criança e da família à doença crónica foi aprimorada neste contexto, dado que foi dado tempo aos pais para decidirem quem iria ser o principal cuidador, abordando as possíveis alterações na dinâmica familiar e disponibilizando o nosso suporte para promover uma adaptação adequada.

Ao longo dos contextos clínicos, o EESIP revelou-se um elemento extremamente importante, no que se refere à gestão diferenciada da dor e do bem-estar na criança e no jovem. A realidade encontrada ao longo dos diferentes locais de estágio foi que, de facto, a dor é muito prevalente na pediatria e quando crónica ou associada a tratamentos médicos, pode afetar o bem-estar físico e emocional das crianças, comprometendo sua qualidade de vida e desenvolvimento. A

dor pediátrica apresenta ainda uma prática pouco uniforme, sendo muitas vezes subdiagnosticada e subtratada (OE, 2013; Santos et al., 2018). Neste sentido, o EESIP desempenha um papel crucial na avaliação, monitorização e gestão da dor, garantindo que as crianças recebem o cuidado adequado, com foco tanto no alívio da dor quanto na minimização dos seus efeitos secundários.

Perante as diferentes experiências vivenciadas, ficou claro que a dor é subjetiva e manifesta-se de diferentes formas, portanto, a observação do comportamento da criança é um elemento que releva na identificação da presença de dor (Correia et al., 2020; Santos et al., 2018). Enquanto no contexto de internamento de pediatria se verificou que um adolescente reagiu à dor apresentando um comportamento de inibição, em que pouco dialogava e interagia, no contexto de urgência uma criança no período toddler apresentou choro, irritação e inquietação. Neste sentido, entende-se que nas crianças e jovens, a dor apresenta-se de variados estados de humor e, devido às especificidades de fase de desenvolvimento, pode ser expressa também de formas diferentes (Correia et al., 2020; OE, 2013). Assim, de acordo com a mesma entidade, emoções como medo e ansiedade estão, frequentemente, associados à presença de dor, dificultando a sua avaliação e a tomada de decisão do enfermeiro relativamente à intervenção a implementar. Os pais, por sua vez, e sendo eles parte integrante da prestação de cuidados, apresentam-se como uma importante figura no sentido de auxiliar a interpretação e avaliação do estado emocional da criança, permitindo uma melhor intervenção por parte do enfermeiro.

Com base na avaliação da dor, o EESIP tem um papel importante na implementação de intervenções terapêuticas, que podem incluir tanto abordagens farmacológicas quanto não farmacológicas (Correia et al., 2020; OE, 2013). Nos casos experienciados, a abordagem do EESIP à dor varia, sendo que, em casos de dor aguda ou crónica, muitas vezes associada a doenças complexas ou crónicas, é administrada a medicação analgésica prescrita, podendo estes ser analgésicos não opióides, como são exemplo o paracetamol ou ibuprofeno, como, em casos mais graves, são administrados opióides, de acordo com as orientações médicas (Santos et al., 2018). Contudo, foi evidente que a associação de medidas não farmacológicas, que incluíram a distração através do uso de brinquedos, vídeos, jogos e o uso de exercícios respiratórios, potenciam o alívio da dor e diminuem a ansiedade.

As intervenções não farmacológicas apresentam-se como um importante recurso no alívio da dor, podendo ser implementadas de forma isolada ou conjuntamente com intervenções farmacológicas. Para além disto, o recurso a intervenções não farmacológicas, permite a alteração do significado da dor, o que releva dado que a dor não é apenas uma experiência física, apresentando também um impacto significativo a nível emocional. Dada a variedade de medidas não farmacológicas existentes, “a sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico)

e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva)” (OE, 2013, p. 17).

No caso do recém-nascido prematuro, a gestão da dor e a promoção do seu bem-estar é um aspeto bastante relevante, dada a sua condição de particular vulnerabilidade. No contexto de neonatologia, foi perceptível a importância que todos os elementos da equipa multiprofissional atribuíam ao controlo da dor, estando dotados de um vasto conhecimento, não só a nível de medidas farmacológicas, como também medidas não farmacológicas. Neste contexto, para além da utilização de medidas farmacológicas orientadas pela equipa médica, as medidas não farmacológicas mais prevalentes no serviço passavam pela manipulação mínima do recém-nascido; o uso da sucção não nutritiva, juntamente com a administração de sacarose; a gestão do ambiente, através da minimização de ruídos e diminuição da luminosidade; o uso de contenção e a realização de massagem. Para além disto, sempre que possível, promovia-se o recurso ao método canguru e incentivava-se a amamentação.

Segundo Santos et al. (2018), as intervenções de enfermagem não farmacológicas para gestão da dor podem ser de carácter físico, cognitivo ou comportamental.

No que se refere às medidas físicas, a sucção não nutritiva, o uso de sacarose, a amamentação, a contenção, o uso do método canguru, a gestão do ambiente, a concentração de manipulações, a aplicação de calor ou frio e a massagem são referidas como importantes estratégias para controlo da dor (Correia et al., 2020; Santos et al., 2018; OE, 2013). Isto porque, a sucção não nutritiva inibe a hiperatividade e modula o desconforto, e juntamente com a adição de sacarose permite uma diminuição do tempo de choro, atenuando a mímica facial de dor através da libertação de endorfinas endógenas (OE, 2013). No entanto, a mesma entidade refere que a analgesia oferecida pelo uso de chupeta tende a ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo voltar a existir dor, aquando da sua interrupção. Para além disto, o leite materno apresenta uma elevada eficácia no alívio da dor, quer seja oferecido por aleitamento materno ou por sonda nasogástrica (Correia et al., 2020; OE, 2013; Santos et al., 2018). A acrescentar a isto, a utilização do método canguru diminui a duração do choro, a atividade comportamental e a frequência cardíaca, bem como permite o contacto físico com os pais.

Já as medidas não farmacológicas cognitivas e comportamentais referem-se a técnicas de relaxamento muscular, exercícios respiratórios, modelação e reforço positivo, uso de meios auditivos e visuais, utilização de imaginação guiada, de estratégias de coping, e distração com recurso a música, livros, cartões, televisão ou jogos de vídeo (OE, 2013; Santos et al., 2018).

Neste sentido, durante os diversos ensinamentos clínicos a unidade de competência referente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança foi bastante desenvolvida, tendo sido garantida a gestão da dor tanto com recurso a medidas farmacológicas, como através do uso de terapias não farmacológicas, nomeadamente sucção não nutritiva, uso de sacarose, contenção,

uso do método canguru e utilização da distração através de brinquedos e vídeos.

Assim, a gestão da dor apresenta-se como um aspeto crucial da prática de enfermagem do EESIP, dado o impacto significativo da dor no desenvolvimento físico e emocional dos recém-nascidos e crianças. A atenção especializada do EESIP não só garante o alívio da dor, mas também promove o bem-estar geral do recém-nascido e das crianças, proporcionando um ambiente de cuidados mais humanizado e eficaz. Ao adotar uma abordagem integrada, o EESIP contribui de forma fundamental para a recuperação e o desenvolvimento saudável das crianças.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Tendo em conta as particularidades e as exigências próprias de cada etapa desenvolvimental desde o nascimento até à idade adulta, o EESIP deve possuir competências que lhe permitam atuar de forma eficaz, promovendo a otimização do desenvolvimento da criança, desde a criação de vínculos até à adolescência (Regulamento n.º 422/2018).

Desde o nascimento até a adolescência, as crianças e os adolescentes passam por uma série de transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, e o EESIP deve adaptar os seus cuidados de forma a apoiar esse desenvolvimento de forma integral (Rodrigues & Melchiori, 2014). Neste sentido, de entre os diversos estágios realizados, aquele que foi realizado no contexto de UCC, contribuiu significativamente para o desenvolvimento desta competência, uma vez que tive também a possibilidade de experienciar, por um dia, o contexto de Unidade de Saúde Familiar.

A realização de diversas consultas de saúde infantil, em diferentes períodos de desenvolvimento, evidenciou a necessidade que o EESIP tem de possuir conhecimento acerca das diferentes fases de desenvolvimento, no sentido de adequar a sua intervenção à criança e adolescente, bem como conseguir estabelecer uma relação de confiança mútua, no sentido de facilitar a expressão de emoções pela criança e jovem (Sales et al., 2022). Esta constatação tem particular relevo perante o caso de uma adolescente que, aquando da consulta, evidenciou alterações na sua alimentação. Após conseguir estabelecer uma relação terapêutica com esta adolescente, o que se mostrou um desafio, dada a necessidade de adaptação da linguagem e compreensão de todas as alterações decorrentes desta fase desenvolvimental, a adolescente referiu estar a evitar os momentos de lanche pois acreditava que, com as alterações hormonais decorrentes da adolescência, estava a engordar e, por isso, teria de passar a comer menos. Perante isto, foi esclarecida acerca das mudanças ocorridas durante a adolescência e das possíveis implicações na imagem corporal, bem como reforçada importância da adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente no que diz respeito à alimentação, em particular ao

número de refeições diárias. Desta forma, foi negociado com a adolescente a mudança comportamental, de forma a garantir um desenvolvimento saudável e responsabilizando-a pela tomada de decisão.

Perante isto, foi desenvolvida a unidade de competência relativa à promoção da autoestima do adolescente, através da promoção da comunicação expressiva de emoções, incentivando para uma tomada de decisão responsável e negociando com a adolescente a adoção de comportamentos saudáveis, reforçando a imagem corporal positivamente.

A adolescência é um período desafiante do desenvolvimento humano, onde estão incluídos aspetos de saúde que são diretamente influenciados pelo comportamento do adolescente (Almeida et al., 2023). Assim sendo, o adolescente deve ser incentivado à adoção de comportamentos saudáveis, pois estes terão um impacto direto na sua qualidade de vida. Ora, isto só será possível se o EESIP dotar o adolescente de conhecimento relativamente aos hábitos saudáveis a adotar, permitindo assim o planeamento e a negociação dos comportamentos que o adolescente irá implementar no seu quotidiano, de forma a ter um desenvolvimento adequado.

De acordo com os autores acima mencionados, os contextos social e familiar poderão influenciar a adoção de hábitos, quer de forma positiva, quer de forma negativa, podendo levar então à prática de hábitos pouco saudáveis, pelo que o papel do EESIP revela-se fundamental no sentido de empoderar o adolescente a realizar as suas próprias escolhas, com base em informação fidedigna e atualizada.

No que se refere à promoção de vinculação, tanto o contexto de UCC, como o contexto de neonatologia apresentaram grandes contributos para o desenvolvimento desta unidade de competência.

No contexto de neonatologia, a utilização do método canguru e a promoção da amamentação mostraram-se bastante relevantes para fortalecer o vínculo entre o recém-nascido e os pais, nomeadamente a mãe. O método canguru, para além de uma importante medida não farmacológica, revela também particular importância no estabelecimento do vínculo criado entre a mãe e o recém-nascido, especialmente no contexto de neonatologia, dado que, com o uso de dispositivos cada vez mais sofisticados, a participação materna nos cuidados ao recém-nascido prematuro é menor, o que representa um desafio para o estabelecimento de um vínculo (Souza et al., 2022).

Neste sentido, foi evidente o desenvolvimento da unidade de competência referente à promoção da vinculação, em particular no recém-nascido doente, através da utilização de estratégias para promover o contacto físico entre os pais e a criança, e da promoção da amamentação, negociando o envolvimento dos pais nos cuidados prestados.

Já relativamente ao contexto de UCC, as consultas apresentavam especial foco naquilo que era o apoio à amamentação, esclarecendo eventuais dúvidas e orientando os pais relativamente

àquilo que seriam as suas maiores dificuldades perante todo o processo. Segundo Oliveira e Satler (2022), a amamentação fornece à criança benefícios nutricionais e imunológicos, sendo que é neste ato que vão surgindo os primeiros contatos entre o recém-nascido e a mãe, através do toque, do cheiro, do calor corporal e do contacto visual. Desta forma, é através deste ato que o vínculo entre ambos vai ser fortalecido.

Para além disto, ainda no decorrer das consultas era avaliado o crescimento e desenvolvimento, sendo fornecidas orientações relativas ao desenvolvimento expectável do recém-nascido, bem como realizada capacitação no sentido de estimular a criança na aquisição de novas habilidades adequadas à etapa desenvolvimental. A acrescentar a isto, a massagem infantil permitia o envolvimento dos pais, promovendo o contacto físico com o recém-nascido, e os momentos de tertúlia possibilitavam a partilha de experiências entre os casais, bem como permitiam ao EESIP fornecer orientações às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil.

Desta forma, no contexto supracitado, foi desenvolvida a unidade de competência relativa à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, através da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, com base no conhecimento, e transmitindo orientações antecipatórias à família acerca do desenvolvimento da criança.

A parentalidade, sendo um processo complexo, exige que os pais desenvolvam várias habilidades e assumam responsabilidades compartilhadas no cuidado aos filhos (ICN, 2019). O papel dos pais na infância é essencial para garantir proteção, atendendo às necessidades básicas das crianças, como amor, carinho e segurança (Council of Europe, 2006). Desta forma, as intervenções realizadas ao longo das consultas, mostraram-se fundamentais na promoção do papel parental desenvolvimental, tendo como objetivo capacitar os pais para assumirem o seu papel da melhor forma possível.

Em suma, o desenvolvimento desta competência é fundamental no sentido de garantir que, em cada fase desenvolvimental da criança e do adolescente, existe um acompanhamento com suporte necessário. O EESIP atua como facilitador do desenvolvimento saudável, considerando as particularidades de cada etapa de desenvolvimento, e intervém de forma preventiva, educativa e terapêutica na promoção da saúde física e emocional da criança e do jovem. A atuação cuidadosa em cada uma destas fases, contribui para que as crianças e adolescentes se tornem adultos saudáveis, equilibrados, informados e responsáveis pela sua própria saúde.

Perante tudo isto, todo o conhecimento adquirido durante o MESIP, com especial destaque para o meu percurso no ENP, teve grande importância para o desenvolvimento das diversas competências comuns e específicas de EESIP, que envolvem não só a avaliação do desenvolvimento da criança e adolescente, como também a capacitação dos pais, promovendo tomadas de decisões informadas e fundamentadas.

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Esta competência envolve uma abordagem integrada e centrada na criança, considerando não apenas as suas necessidades clínicas e de saúde, mas também o papel fundamental da família no processo de cuidados (Regulamento n.º 422/2018). Assim, o trabalho do EESIP desenvolve-se no sentido de promover a saúde da criança e do adolescente de maneira global, assegurando o desenvolvimento pleno e a prevenção de problemas de saúde, tanto no contexto físico quanto emocional e social.

No contexto clínico de urgência, esta competência encontrou-se bastante evidenciada na situação clínica de um menino em idade escolar, que recorreu a este serviço por apresentar episódios recorrentes de crises de asma. Conjuntamente com outros profissionais, as intervenções realizadas tiveram como principal objetivo controlar, primeiramente, os sinais e sintomas da criança, de forma a garantir o seu conforto, e posteriormente, perceber por que motivo estas crises têm acontecido de forma recorrente. Neste sentido, verificou-se que a mãe ainda apresentava alguma dificuldade em identificar os sinais de uma crise de asma de forma precoce, bem como a criança apresentava um comportamento desafiador no momento da administração da medicação. Perante isto, e dado que a monitorização e o controlo da asma deve incluir o controlo dos sintomas, a redução do risco e a adesão à terapêutica (DGS, 2018) foi traçado um plano de cuidados focado em estratégias para melhorar a situação clínica da criança e prevenir novos episódios.

Dado que, no contexto de pediatria, o enfermeiro desenvolve os seus cuidados em parceria com os pais, uma vez que a promoção do melhor desenvolvimento da criança/adolescente tem por base a prestação de cuidados envolvidos de proteção e amor, que ninguém está mais capacitado a prestar do que a própria família (Casey, 1993), fez todo o sentido o envolvimento da mãe. Assim, discutiu-se com ela a importância do controlo do ambiente e da existência de uma boa ventilação do ar, bem como capacitou-se relativamente à identificação de sinais precoces de uma crise asmática. Para além disto, e uma vez que esta é uma condição crónica, traçou-se com a mãe um plano de ação para crises asmáticas, explicando passo a passo o que fazer, caso a criança tivesse um episódio de falta de ar. Isto porque, segundo a Direção Geral de Saúde (2018), naquilo que se refere às recomendações para a monitorização e tratamento para controlo da asma na criança, a existência de um plano de ação escrito é um fator que promove a adesão ao tratamento e permite um melhor controlo da asma.

Sabendo que a asma pode gerar stress e ansiedade na criança e nas famílias, foi dedicado também tempo para ouvir as preocupações da mãe, que expressou receio em relação ao futuro e às consequências advindas da doença. Neste sentido, forneceu-se orientações sobre como lidar com a ansiedade e esclareceram-se os receios relativamente às consequências relacionadas às crises asmáticas.

Por outro lado, e dado que sempre que possível, a criança deve ser incluída no tratamento (DGS, 2018), importa referir que, a transmissão da informação acerca da doença e do tratamento à criança é um aspeto relevante. No entanto, deve ter sido em conta a idade da criança, uma vez que diferentes etapas de desenvolvimento requerem determinadas especificidades naquilo que se refere à forma de explicar o que está a acontecer, pois os níveis de compreensão são diferentes nas diversas faixas etárias. Assim sendo, foi perceptível a importância do enfermeiro conhecer as habilidades e características que as crianças vão desenvolvendo ao longo das suas etapas desenvolvimentais, por forma a adequarem o seu discurso e a forma de transmissão da informação no sentido de respeitar e promover o direito da criança e dos pais ao consentimento informado (Katz & Webb, 2016). Esta atitude permite que as tomadas de decisões ocorram de forma consciente e informada, garantindo sempre a dignidade das crianças, assegurando o respeito pelos valores, costumes e crenças. Neste sentido, e dado que a pessoa estar informada é um fator facilitador da adesão ao tratamento (DGS, 2018), envolveu-se a criança no processo educativo, usando uma abordagem lúdica para ensinar sobre a asma, a importância da adesão ao tratamento e como ele poderia ajudar a prevenir as crises, por exemplo, evitando correr em ambientes poluídos ou com cheiros muito fortes. A abordagem de forma lúdica permite, por meio do brincar, a construção de um vínculo de confiança com a criança, amenizando os seus traumas e facilitando a sua adaptação ao ambiente novo (Paula et al., 2019). Para além disto, os autores reforçam a utilização do diálogo como uma estratégia lúdica, que promove a valorização do estado de saúde por parte da criança, facilitando o respeito e a segurança sentida. A acrescentar a isto, referem que utilizar estratégias lúdicas com a criança, permite que ela entenda os procedimentos, como a administração de medicação, que precisam de ser realizados e permite que estes sejam realizados de forma mais efetiva, favorecendo a aceitação e a assimilação do procedimento. Toda esta abordagem junto da criança releva, no sentido de permitir que, desde cedo, a criança assuma a responsabilidade da sua própria saúde de forma gradual, e ainda permite uma melhor adesão ao tratamento.

No caso acima descrito, percebe-se que a atuação do EESIP tem por base a educação em saúde, fornecendo informações relevantes sobre a monitorização e controlo de condições crónicas, o uso correto de medicamentos e a adaptação a tratamentos específicos. Neste âmbito, o enfermeiro orienta e negocia com os pais, que são um dos seus clientes, sobre como lidar com situações de emergência e sobre a importância de procurar ajuda médica, quando necessário. Assim sendo, garante que a família se encontra capacitada para promover a saúde da criança de forma autónoma e eficaz, respeitando as particularidades e os desafios de cada fase do desenvolvimento infantil.

Desta forma, foi evidente o desenvolvimento da unidade de competência referente à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, através da negociação

da participação da família em todo o processo, e da adequação da forma de comunicação com a criança tendo em conta a idade e o desenvolvimento. Para além disto, também a unidade de competência relativa ao diagnóstico precoce e intervenções nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem foi aprimorada, através da demonstração de conhecimento acerca de doenças comuns, nomeadamente a hipertermia, aspeto transversal a todos os contextos de cuidados diferenciados e que, inclusive, se encontra explanado numa das conceções de cuidados deste relatório.

O EESIP atua de forma colaborativa com a família, reconhecendo a importância da sua participação ativa no processo de cuidados, respeitando os seus conhecimentos sobre a criança e as suas experiências (Regulamento n.º 422/2018). Esta parceria tem como objetivo a adequação da gestão do regime terapêutico e da parentalidade, fornecendo à família os recursos necessários para compreender e gerir a saúde da criança da melhor forma possível, seja em relação a condições crónicas ou estratégias de apoio para o desenvolvimento saudável.

Ainda relativo à assistência à criança e à família, no contexto de unidade de cuidados na comunidade, foram realizadas sessões de promoção de saúde no âmbito da saúde escolar conjuntamente com a enfermeira tutora, com o objetivo de maximizar a saúde das crianças e adolescentes. A saúde escolar tem como objetivo a promoção do desenvolvimento das habilidades das crianças e jovens, auxiliando-os a enfrentar os desafios de forma positiva, construindo um projeto de vida e fazendo escolhas pessoais de maneira consciente e responsável (Carvalho et al., 2017). Desta forma, a educação para a saúde nas escolas tem como propósito criar condições que facilitem essas decisões e estimular o pensamento crítico, fomentando a participação ativa na cidadania. As sessões realizadas em contexto de estágio abordaram diferentes temas, e em diferentes idades, sendo que as sessões sobre dignidade menstrual e sexualidade foram realizadas a crianças com idades compreendidas entre 13-15 anos, e as que se referiram ao tema da alimentação saudável a crianças com idades entre os 9-11 anos. Esta abordagem evidenciou a importância que a intervenção na comunidade tem, como um recurso preponderante na promoção do bem-estar físico e emocional das crianças e adolescentes. Estas sessões, não só servem para educar e orientar os alunos sobre a importância de cuidar da sua saúde e de adotar estilos de vida saudáveis, como também funcionam como um meio de prevenção e deteção precoce de problemas.

A saúde escolar também desempenha um papel essencial na educação sexual, quando implementada de forma adequada, e realizada de forma ética e responsável. As sessões sobre este tema ajudam os alunos a compreenderem o seu próprio corpo, a sexualidade, e a tomar decisões informadas sobre relacionamentos, gravidez precoce e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Esta abordagem preventiva, ajuda a reduzir comportamentos de risco entre os adolescentes, promovendo uma vida sexual saudável e segura. A saúde escolar, ao implementar um conjunto de sessões relacionadas com aspetos relevantes da saúde das

crianças e jovens, contribui para o desenvolvimento saudável dos jovens, promovendo a construção de uma sociedade mais saudável e consciente.

Além dos benefícios diretos para a saúde dos alunos, estas sessões têm um impacto positivo na comunidade escolar como um todo. Elas incentivam a colaboração entre profissionais de saúde, educadores e familiares, criando um ambiente mais saudável e de maior suporte para as crianças e adolescentes (DGS, 2015). Isto foi evidente na resposta dada pela enfermeira tutora, perante situações de NSE. As NSE referem-se a “alterações das funções ou estruturas do corpo (ex: doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras), que têm impacto no desempenho escolar, necessitam de identificação e remoção de barreiras a vários níveis: aprendizagem, atitudes, comunicação, relacionamento interpessoal e social, autonomia, espaço físico e meio socioeconómico” (DGS, 2015, p.43). Desta forma, aquando da identificação de uma NSE é necessária a elaboração de um PSI, que tem como principal objetivo promover a inclusão das crianças e adolescentes com NSE no contexto escolar. Os PSI são elaborados juntamente com as famílias, e seguindo as recomendações do tratamento de cada situação clínica, com a finalidade de capacitar a comunidade escolar para intervir, quando necessário. No contexto clínico que experienciei, foi possível participar e colaborar na elaboração de um PSI de uma menina em idade escolar com alergia alimentar por ingestão alimentar, onde se mostrou importante capacitar a comunidade escolar acerca dos alimentos a evitar, bem como deverão atuar perante uma situação de reação anafilática, explicando e demonstrando como deve ser usada a caneta de adrenalina da criança. As NSE são uma importante área de atuação da saúde escolar, pois a sua abordagem garante um apoio individualizado, seguro e eficaz, promovendo a otimização da saúde e o bem-estar de cada criança.

Perante tudo aquilo que foi mencionado, percebe-se que a atuação do EESIP vai além do tratamento, pois envolve também a educação e o empoderamento da família e dos contextos sociais em que a criança e o adolescente estão inseridos. Este processo de colaboração visa otimizar a saúde, assegurando que os cuidados sejam oferecidos de forma contínua e eficaz, com o objetivo de promover o bem-estar integral da criança e permitir o desenvolvimento de capacidades para apoiar o seu desenvolvimento.

Também nesta situação, foi evidente o desenvolvimento da unidade de competência referente à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, através da intervenção em programas no âmbito da saúde escolar, apoiando a inclusão de crianças e adolescentes com NSE. Para além disto, no sentido de desenvolver a unidade de competência relativa ao diagnóstico precoce e intervenções nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, por forma a identificar situações de risco para a criança e jovens, e sensibilizar os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção, foi desenvolvido o projeto de desenvolvimento

de competências clínicas especializadas sobre a SSB.

Projeto individual de desenvolvimento profissional

No sentido de desenvolver a competência supracitada de forma aprofundada, e apresentar um maior contributo sobre o tema da SSB em recém-nascidos, desenvolvi uma pesquisa bibliográfica em diferentes bases de dados, tendo como objetivos a identificação dos conceitos chave relacionados com esta síndrome e a identificação de medidas preventivas.

A SSB encontra-se descrita na literatura como uma forma de abuso infantil caracterizada por movimentos bruscos e violentos de abano da criança, com uma frequência de 2 a 4 vezes por segundo, durante um período de 5 a 20 segundos (Pereira & Magalhães, 2011). Os termos existentes na evidência científica para se referirem à SSB variam, e podem estar designados como “head trauma from shaking”, “non-accidental head trauma from shaking” ou “abusive head trauma” (Arneitz et al., 2024; Laurent-Vannier, 2022). Esta prática pode resultar em lesões cerebrais graves e danos traumáticos, implicando elevadas taxas de mortalidade e morbilidade (Paula et al., 2020; Pereira & Magalhães, 2011).

Em Portugal, não existem ainda dados estatísticos específicos sobre a incidência desta síndrome, mas, internacionalmente, estima-se que a prevalência seja de 14 a 40,5 casos por 100.000 crianças por ano, com taxas de mortalidade variando entre 13% a 36% e taxas de morbilidade entre 62% a 96% (Pereira & Magalhães, 2011).

Este comportamento por parte dos pais/cuidadores acontece, grande parte das vezes, aquando do choro da criança (Arneitz et al., 2024; Oliveira et al., 2019). O período PURPLE, em que o P corresponde a “peak of crying” (pico de choro), o U “unexpected” (inesperado), o R “resists soothing” (resistência para acalmar), o P “pain-like face” (cara de dor), o L “long lasting” (longa duração) e o E “evening” (noite), mostrou ser um momento que, apresenta particular vulnerabilidade para a adoção deste comportamento por parte dos pais/cuidadores (Fujiwara et al., 2020). Isto verifica-se, pois, apesar do choro ser o meio de comunicação utilizado pela criança, um choro contínuo acaba por causar grande impacto negativo nos pais/cuidadores, tendo sido observado em cerca de 20% dos recém-nascidos nos primeiros meses de vida. Desta forma, ao desencadear sentimentos de raiva e diminuir o autocontrole por parte dos pais/cuidadores, pode desencadear a que estes tentem acalmar as crianças, balançando-as de forma descontrolada, e muitas vezes, sem conhecimento de que poderão estar a causar graves danos cerebrais.

Perante o enunciado anteriormente, compreende-se que as idades mais vulneráveis para a ocorrência da SSB são, sobretudo, crianças com idades inferiores a um ano, apresentando maior incidência, cerca de dois terços dos casos, em idades inferiores a 6 meses (Laurent-Vannier, 2022). Contudo, outros autores referem a prevalência desta síndrome em idades como os 5 anos (Lopes & Williams, 2018), ou até mesmo os 7 anos (Oliveira et al., 2019).

Mais comumente, os agressores são do sexo masculino, sendo praticado mais frequentemente pelos pais biológicos, seguidos dos padrastos, companheiros das mães e, por fim, pelas mães biológicas e outros cuidadores (Ferreira & Silva, 2013; Oliveira et al., 2019).

Os principais fatores de risco para esta síndrome incluem recém-nascidos mais chorosos, serem do sexo masculino, filhos primogênitos, gêmeos, bebês com baixo peso ao nascer ou prematuros, além do contexto social em que a criança está inserida (Oliveira et al., 2019; Laurent-Vannier, 2022; Moreira et al., 2023).

O movimento de abano realizado ocorre, normalmente, com a criança voltada de frente para o adulto e sendo segurada pelas axilas, realizando-se um movimento de abano, induzindo a flexão, extensão e rotação da cabeça da criança em relação ao corpo (Laurent-Vannier, 2022; Moreira et al., 2023). Ainda que, estruturalmente, a cabeça das crianças seja maior em relação ao corpo, não permitindo que estas segurem as suas cabeças de forma correta, é especialmente importante salientar a diferença de peso entre a criança e o adulto, e que resulta num movimento de abano com maior impacto (Laurent-Vannier, 2022).

O diagnóstico da SSB é realizado na presença de três manifestações clínicas: hematoma subdural, hemorragia retiniana e encefalopatia (Pereira & Magalhães, 2011; Ferreira & Silva, 2013; Paula et al., 2020; Moreira et al., 2023). Devido às graves consequências para o cérebro, a SSB pode levar a deficiências cognitivas, motoras e atrasos no desenvolvimento visual e linguístico (Paula et al., 2020; Moreira et al., 2023). Segundo Hoogendoorn et al. (2012) citado por Fujiwara et al. (2020), dois terços das crianças que experienciavam situações de SSB desenvolviam cegueira, paralisia, problemas de comportamento ou dificuldades de aprendizagem. Para além dos danos cerebrais, o facto da criança se encontrar segura pelas axilas ou pelo tórax (Moreira et al., 2023; Pereira & Magalhães, 2011), leva a que possam existir lesões superficiais visíveis, como escoriações, hematomas ou até mesmo lesões internas, como fraturas da grade costal (Pereira & Magalhães, 2011).

Para além das repercussões a nível da saúde da criança, os gastos a nível dos recursos de saúde são bastante elevados, estando relacionados quer com o tratamento médico no imediato, quer relacionados com as necessidades daquela criança a longo prazo (Laurent-Vannier, 2022; Paula et al., 2020).

Dadas as graves consequências que podem advir da ocorrência da SSB, releva perceber de que forma pode ser prevenida. Os diferentes estudos analisados revelam que a educação, quer dos profissionais, quer dos pais e cuidadores, é a principal forma de prevenção da SSB.

Neste sentido, Laurent-Vannier (2022) refere que a capacitação dos profissionais, dos pais e da comunidade deve conter informação acerca da violência do ato, distinguindo o movimento de abano com a brincadeira, insistindo na inocuidade da brincadeira e na importância que esta representa para o desenvolvimento infantil e, portanto, a necessidade de incentivá-la. Para além

disto, realça que a prevenção não se deve limitar a interromper o primeiro episódio de abano, mas também deve incidir na deteção, o mais precocemente possível, de qualquer evento violento para evitar a repetição e possíveis consequências. A acrescentar a isto, menciona também a importância da avaliação psicossocial da família, com enfoque na identificação de fatores de risco, e com vista a garantir o apoio aos pais. No contexto de internamento em pediatria, verificou-se que os profissionais apesar de conhecerem o tema, estavam ainda pouco informados acerca dos fatores de risco, bem como, formas de prevenção.

Para transmissão deste conhecimento, o uso de panfletos com informação acerca do choro do recém-nascido, a SSB e os riscos associados à ocorrência desta síndrome parecem ser estratégias promissoras na sua prevenção (Lopes & Williams, 2018; Fujiwara et al., 2020; Paula et al., 2020; Laurent-Vannier, 2022; Arneitz et al., 2024). Neste sentido, no contexto de internamento em pediatria, para além de discutido o tema com o enfermeiro tutor, foram também elaborados um póster para afixação no serviço, de forma a estar de fácil acesso aos profissionais, no sentido de esclarecer dúvidas acerca do tema; e um panfleto para entrega aos pais, quando oportuno na implementação dos cuidados. Para além da utilização de panfletos, os mesmos autores referem que o assistir pelos pais e cuidadores a vídeos educativos acerca da SSB, evidenciou-se como estratégia facilitadora, com vista à sua consciencialização acerca das implicações da SSB. Segundo Laurent-Vannier (2022), a transmissão deste conhecimento de forma simples, de fácil compreensão e rápida, apresenta uma grande eficácia no conhecimento dos pais sobre choro e SSB. Durante a minha passagem pelo serviço de neonatologia, tive oportunidade de capacitar uma mãe relativamente a esta temática, com vista à prevenção desta síndrome, durante a preparação do regresso a casa. A minha intervenção teve por base a transmissão de informações acerca da SSB, com recurso a um vídeo demonstrativo do movimento de abano característico da síndrome, mostrando-se uma estratégia facilitadora para aquisição deste conhecimento por parte da mãe.

Outro aspeto mencionado para prevenção da SSB foi a implementação de programas educacionais para pais e cuidadores acerca da temática (Lopes & Williams, 2018; Paula et al., 2020; Laurent-Vannier, 2022; Arneitz et al., 2024), no entanto não existem evidências que comprovem a eficácia destes programas na redução da ocorrência desta síndrome (Arneitz et al., 2024). Contudo, no contexto de UCC tive oportunidade de incluir uma sessão sobre a SSB no curso de massagem infantil, e no curso de preparação para a parentalidade. Desta forma, e com o intuito de fazer uma avaliação dos conhecimentos prévios que os pais possuíam, foi elaborado um questionário prévio à sessão e foi elaborado um outro que seria aplicado após a sessão. Após a aplicação de ambos os questionários, verificou-se que grande parte dos pais já conheciam ou já tinham ouvido falar do tema, no entanto a maioria não identificava como estratégia preventiva a colocação do recém-nascido no berço e o afastamento do cuidador, no sentido de se acalmar perante o choro. Para além disto, foi mostrado um vídeo, durante a sessão, que refletia a realização do movimento de abano que pode levar à ocorrência desta

síndrome de forma não intencional, e que provocou surpresa a grande parte dos pais, dado que não esperavam que esta síndrome pudesse ocorrer de forma tão fácil e inconsciente. Após a análise dos resultados de ambos os questionários, foi evidente os ganhos em saúde relativos à capacitação dos pais acerca do tema. Os resultados obtidos, apesar de contarem apenas com a participação de um pequeno grupo de pais e casais grávidos, vão ao encontro daquilo que a literatura evidencia aquando da aplicação de programas educacionais relativos à temática do SSB, que demonstra a existência de ganhos em saúde no que se refere à capacitação dos pais para prevenir a SSB (Lopes & Williams, 2018; Paula et al., 2020; Laurent-Vannier, 2022).

Assim, após a pesquisa realizada, foi perceptível que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, se encontram numa posição privilegiada para sensibilizar a comunidade sobre a SSB, no sentido de prevenir a ocorrência de abusos que podem comprometer o desenvolvimento saudável das crianças. A informoterapia emerge como uma estratégia importante para os enfermeiros, permitindo a transmissão de informações baseadas em evidências atualizadas, adaptadas às necessidades dos pais e cuidadores, no momento adequado para prevenir essa síndrome (Paula et al., 2020; Moreira et al., 2023). No contexto da unidade de cuidados na comunidade, foi perceptível que já existia conhecimento acerca da síndrome, no entanto os profissionais ainda não estavam despertos para a importância da informoterapia na prevenção desta situação. Já no contexto de neonatologia, esta foi uma temática discutida com a enfermeira tutora e alguns profissionais do serviço, o que revelou que estes elementos já conheciam esta síndrome, bem como as implicações que esta apresenta no desenvolvimento da criança. Para além disto, mostraram ter conhecimento que a SSB pode ser prevenida através da transmissão de informação aos pais, no entanto não consideravam ser uma das principais informações a transmitir perante as situações de especial complexidade das crianças.

No contexto de urgência, foi discutido com a enfermeira tutora os conceitos relativos a esta síndrome, e relatada por ela a ocorrência de uma situação de SSB identificado no serviço uns meses antes do estágio. Desta forma, verificou-se que os profissionais já apresentavam bastante conhecimento sobre a temática.

Na generalidade, a abordagem acerca da SSB foi bem aceite pelas equipas e considerada pertinente, nomeadamente nos contextos de UCC e internamento de pediatria, tendo como objetivo uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem.

A integração desta temática nos diferentes contextos clínicos, possibilitou uma melhor compreensão da abordagem da SSB nas diversas equipas, permitindo também o desenvolvimento de competências, através da intervenção perante os profissionais de cada contexto e contribuindo para a otimização destas intervenções.

Ao longo de todo o ENP, esta competência foi desenvolvida nos diversos contextos, melhorando significativamente com a pesquisa contínua de novas evidências e mais atualizadas,

contribuindo para os ganhos em saúde nos diferentes contextos.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração do presente relatório permitiu uma reflexão aprofundada sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional, com ênfase nas práticas e abordagens utilizadas para promover o bem-estar das crianças e dos pais, nos diferentes contextos clínicos.

Ao longo dos diversos contextos clínicos, o principal objetivo foi aprimorar as competências teóricas, técnicas e interpessoais necessárias para a atuação nos cuidados pediátricos, focando na identificação precoce de necessidades de saúde e no planeamento e implementação de intervenções adequadas. Para tal, foram realizadas atividades de promoção de transições saudáveis aos pais e monitorização da evolução das condições clínicas das crianças em diferentes períodos desenvolvimentais, bem como a sua capacitação quando adequado.

Todo este percurso envolveu a reflexão sobre teorias e modelos de cuidados de enfermagem, como a teoria da transição, que se mostrou relevante para compreender os processos de adaptação das crianças e das suas famílias em momentos críticos, como mudanças significativas na saúde durante o período de desenvolvimento. A implementação do modelo de parceria de cuidados evidenciou a importância da colaboração entre os profissionais de saúde, nomeadamente os EESIP, e os pais para alcançar o sucesso dos cuidados pediátricos.

Durante todos os momentos de estágio, foi evidente a importância do EESIP não apenas na implementação de cuidados orientados para a melhoria da condição clínica da criança, mas também como facilitador do desenvolvimento da mestria parental, fortalecendo o vínculo familiar e proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para a criança.

A passagem pelos diferentes contextos de ENP proporcionou a oportunidade de atuar em cenários clínicos complexos, onde foi possível aplicar cuidados especializados em crianças e adolescentes, em situações de maior vulnerabilidade e com necessidades de saúde mais desafiadoras, respeitando as necessidades específicas de desenvolvimento, considerando os fatores contextuais e familiares que impactam diretamente o seu bem-estar e crescimento saudável. Neste processo, como profissional fui desafiada a adaptar intervenções clínicas, e procurar estratégias terapêuticas no sentido de promover um atendimento personalizado e holístico. Os estágios foram uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento contínuo da aprendizagem profissional, por meio da reflexão constante sobre a prática, da troca de experiências e do aperfeiçoamento de habilidades técnicas e interpessoais.

A documentação dos cuidados, através da utilização da plataforma E4Nursing, facilitou a sistematização da conceção de cuidados de enfermagem, permitindo o registo organizado de todas as etapas do processo de cuidados, e possibilitando o aprimoramento das minhas

capacidades para uma tomada de decisão fundamentada.

No que se reporta aos objetivos delineados para o meu projeto de desenvolvimento profissional, a partilha e discussão desta temática com as equipas de enfermagem permitiu-me perceber que de facto, esta temática necessita ainda de divulgação não só na comunidade, mas também, em contexto profissional. Isto porque, apesar de já existir conhecimento por parte de vários profissionais, este conhecimento não é aplicado na sua prática clínica, ou seja, não se verificou a capacitação aos pais por parte dos profissionais relativamente à prevenção da SSB, nem para identificar e atuar no caso da sua ocorrência. Desta forma, comprova aquilo que é referido em diversos estudos, e que realça a importância que intervir junto dos profissionais, pais e da comunidade representa no sentido de prevenir a ocorrência desta síndrome. Esta intervenção deve incluir a transmissão de informações claras sobre a violência associada ao ato, diferenciando o movimento de "abano" de algum tipo de brincadeira. É importante destacar que a brincadeira, quando feita de forma segura, é inofensiva e essencial para o desenvolvimento infantil saudável, devendo ser incentivada. Para além disto, a prevenção da SSB não se deve restringir à interrupção do primeiro episódio de "abano", mas também deve focar-se na deteção precoce de qualquer situação violenta, a fim de evitar sua repetição e possíveis danos a longo prazo.

Por sua vez, e dado que a informoterapia, promotora da literacia em saúde, é a principal forma de prevenção da SSB, o uso de panfletos ou pósteres onde conste informação acerca do choro do recém-nascido, a SSB e os riscos associados à ocorrência desta síndrome, bem como a visualização de vídeos educativos acerca da SSB, demonstraram, em contexto real, ser estratégias facilitadoras para a consciencialização acerca das implicações da SSB, indo ao encontro daquilo que está evidenciado na literatura.

A apreciação global destes ENP, bem como das restantes unidades curriculares que contemplam o curso é bastante positiva, uma vez que possibilitaram a aquisição de conhecimentos elementares na área da SIP, bem como permitiram alcançar o desenvolvimento das competências específicas de EESIP. Contudo, importa ressaltar que a gestão do tempo mostrou ser um desafio, dado que nem sempre foi fácil a conciliação dos ENP com a vida profissional e pessoal. Apesar disto, a orientação fornecida pelos docentes que me acompanharam ao longo deste percurso, bem como o apoio recebido por parte da família e colegas de trabalho, foram, de facto, fatores que me auxiliaram na superação deste desafio.

O caminho percorrido ao longo dos ENP, permitiu-me refletir acerca do meu papel como enfermeira generalista, possibilitando a minha evolução para enfermeira especialista. Esta evolução foi pautada pelo desenvolvimento da capacidade de antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar com as mudanças e ajudar as crianças e as famílias a enfrentá-las, promovendo um elevado nível de autonomia e bem-estar.

Durante todos os ENP, a minha prática regeu-se sempre pelas normas legais da profissão, pelos

princípios éticos e pela deontologia, assegurando, ao mesmo tempo, o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais. Ao longo deste processo, adquiri competências em áreas relacionadas à responsabilidade ética, profissional e legal. Sempre que contactei com as crianças/adolescentes e com as respetivas famílias tratei-as como seres únicos e individuais, com uma identidade própria, inserido num determinado contexto social e numa cultura, com valores específicos, priorizando a proteção dos seus direitos e orientando os meus cuidados para promover a sua segurança, privacidade e dignidade. Os cuidados à criança, desenvolvidos em colaboração com os pais, foram uma parte fundamental do meu percurso, permitindo-me desenvolver competências técnicas, científicas e interpessoais, com vista a uma prestação de cuidados cada vez mais especializada. Para além disto, a gestão eficiente dos cuidados e a organização das práticas clínicas foram aspetos essenciais que permitiram a promoção de um atendimento de excelência.

A enfermagem na área da SIP representa um desafio único devido às características dos seus clientes. Nesta fase do ciclo de vida, o EESIP lida com crianças cujos estádios de desenvolvimento variam conforme a idade, sendo que para além das especificidades pessoais de cada criança deve também ter em conta as necessidades dos pais. Essa complexidade deve-se não só devido à inclusão da criança e a família como clientes, sendo este o binómio de cuidados do EESIP, como também ao facto de ser uma área da enfermagem que está em constante evolução, exigindo que o EESIP faça uma atualização constante dos seus conhecimentos.

O presente documento apresenta de forma reflexiva e crítica todo o processo de aprendizagem ao longo da minha experiência no curso, permitindo uma análise das competências adquiridas. Ao longo deste percurso, procurei destacar o desenvolvimento das minhas competências, não apenas nas vertentes técnicas e científicas, mas também nas que envolvem a dimensão humana do cuidado, indo ao encontro daquilo que são as competências que devem ser desenvolvidas pelo EESIP. Acredito que a integração destas vertentes, na minha prática, foi essencial para a minha evolução enquanto profissional.

Alcançar estas competências não foi apenas um resultado do conhecimento teórico e técnico, mas também de uma prática que se baseia na sensibilidade e no respeito pelas necessidades e emoções da criança e da sua família. Assim, considero que, ao longo deste percurso, a minha atuação foi sempre pautada por uma resposta rápida e eficaz, levando sempre em conta o lado humano da prestação de cuidados, o que me permitiu não apenas implementar intervenções adequadas, como também promover a humanização dos cuidados, garantindo que cada interação fosse realizada com empatia, respeito e responsabilidade.

Em suma, este relatório representa a minha evolução e crescimento enquanto profissional, permitindo adquirir um olhar diferenciador perante a prática clínica, e culminando num sentimento de realização pessoal e profissional.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf
- Adorian, R., Moura, A., Konzen, M., Amaral, T., Silva, N., Silva, V., & Sales, W. (2024). Teoria do apego. *Revista Cathedral*, 6 (2), 103-122.
- Almeida, I., Júnior, E., Marques, J., & Queiroz, M. (2023). Comportamentos saudáveis na adolescência e seus impactos na promoção da saúde: revisão integrativa. *Contribuições para Las Ciencias Sociales*, 16 (11), 26167-26180. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-083>
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A. & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica- Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, XVII (1), 16-20. <https://repositorio.chporto.pt/entities/publication/01dbbbb8-2b44-4bcb-a3e6-168fc582edf0>
- Araújo, G., Sousa, E., Damasceno, C., Neta, M., Sousa, K. & Sales, M. (2021). O estresse da hospitalização na infância na perspectiva do enfermeiro. *Revista Científica de Enfermagem*, 11 (33), 186-194. 10.24276/rrecien2021.11.33.186-194
- Araújo, M., Acioli, S., Neto, M., Silva, H., Bohusch, G., Rocha, F. & Silva, T. (2020). Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. *Cogitare enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>
- Arneitz, C., Schmitz, J., Szilagyi, I., Kienesberger, B., Schalamon, G., Senica, S. & Schalamon, J. (2024). Abusive head trauma and cry. *Acta Paediatrica*, 113 (7), <https://doi.org/10.1111/apa.17243>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Quedas com crianças e adolescentes. https://www.apsi.org.pt/images/PDF/InfoQuedas_site-verimpresao.pdf
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). Boas práticas em aleitamento materno - guia de apoio a profissionais de saúde. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf?_gl=1*17rk6op*_ga*NzQ0Nzk4NTI2LjE3Mzg1MjcwMjQ.*_ga_CQ1F9GBNGF*MTc0NDMxNjgyMS4yLjEuMTc0NDMxNjg2NS4wLjAuMA
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.

<https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>

- Baraldi, E., Lanari, M., Manzoni, P., Rossi, G., Vandini, S., Rimini, A., Romagnoli, C., Colonna, P., Biondi, A., Biban, P., Chiamenti, G., Bernardini, R., Picca, M., Cappa, M., Magazzù, G., Catassi, C., Urbino, A. F., Memo, L., Donzelli, G., Minetti, C., Paravati, F., Mauro, G., Festini, F., Esposito, S., & Corsello, G. (2014). Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Italian Journal of Pediatrics*, 40 (65). <https://doi.org/10.1186/1824-7288-40-65>
- Batalha, L. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual de estudo - versão 1). ESEnfC. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=127059&code=f45706d45cc5666e61a5ff249b29c56259f825cb>
- Berger, A. (2011). Self-regulation: brain, cognition, and development. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/12327-000>
- Borges & Martins. (2023). *Saúde escolar: intervenções de promoção de saúde*. Lidel
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., Nunes, E., Amann, G., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R. & Lima, R. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação
- Carvalho, V., Silva, M., Alves, L., Rocha, N., Contim, D. & Oliveira, N. (2023). Benefícios da massagem infantil em recém-nascidos e lactentes: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12 (1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39594>
- Casanova, C. (2012). Intervenções parentais à criança com febre. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9316/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Interven%C3%A7%C3%B5es%20Parentais%20%C3%A0%20Crian%C3%A7a%20com%20Febre%20jul.%202012_%20Celina%20Casanova.pdf
- Casanova, L., Villetti, M., Ramos, M., Blank, D., Maia, J. & Mainieri, A. (2017). Crescimento e desenvolvimento. In: *Pediatria Consulta Rápida* (2ª ed). Artmed.
- Casey, A. (1993). Partnership in caring: a model for the health care of children and families. *Journal of Pediatric Nursing*, 8 (1), 6-12.
- Cassemiro, L., Okido, A., Furtado, M. & Lima, R. (2020). O hospital arquitetado por crianças e adolescentes hospitalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0399>
- Chong-Silva, D., Pastorino, A., Anna, M., Wandalsen, G., Chong-Neto, H., Terse-Ramos, R.,

Filho, N., Silva, L, Sano, F. & Solé, D. (2020). Guia prático de aerossolterapia na criança e no adolescente: Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, 4 (3), 277-288.

- Consolini, D. (2023). As fezes e a urina dos bebês. <https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAdade-infantil/cuidado-de-rec%C3%A9m-nascidos-e-beb%C3%AAs/as-fezes-e-a-urina-dos-beb%C3%AAs>
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L. & Martins, M. (2020). Gestão da dor em pediatria: contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium*, 2 (ed espec 5), 185-193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>
- Costa, L. (2015). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15 (3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Council of Europe (2006). Recomendação REC (2006) 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os estados-membros sobre a política de apoio à parentalidade positiva. <https://igualdadeparental.org/pais/parentalidade-positiva/>
- Cruz, C. & Caromano, F. (2005). Características das técnicas de massagem para Bebês. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 16 (1), 47-53. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i1p47-53>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: 1ª série, n.º 38. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei nº 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: 1ª Série, nº 150/2022. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei nº 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: Série I-A, nº 60/2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Decreto-Lei nº 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República: 1ª Série, nº 150/2022. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Despacho nº 3762/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2ª Série, nº 73/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3762-2015-66984659>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2ª série, n.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. DGS. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa: DGS. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2018). Norma 006/2018: monitorização e tratamento para o controlo da asma na criança, no adolescente e no adulto. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Monitorizacao-e-Tratamento-Para-o-Controlo-da-Asma-na-Crianca-no-Adolescente-e-no-Adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos linhas de orientação para profissionais e educadores. Lisboa: DGS. <http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Relatório - Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. DGS. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2023). Prevenção de infeções respiratórias. <https://www.sns24.gov.pt/guia/prevencao-de-infecoes-respiratorias/#como-posso-prevenir-infecoes-agudas-das-vias-respiratorias>
- Duffy, E. (2019). Health promotion of the toddler and family. In M., Hockenberry, D., Wilson & C., Rodgers. *Wong's nursing care of infants and children* (pp. 393-422). Elsevier
- Echer, I., Boni, F., Juchem, B., Mantovani, V., Pasin, S., Caballero, L. & Lucena, A. (2021). Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. *Cogitare enfermagem*, 26. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74062>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). (2020). Plataforma e4Nursing. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>
- Estefanio, M., Lemos, K., Lemos, A. & Ramos, L. (2023). Indicadores de qualidade e desempenho aplicados à assistência de enfermagem. *Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review*, 1 (3), pp. 3-18. 10.52600/2965-0968.bjcmr.2023.1.3.3-18
- Facião, B., Aroni, P., Rodrigues, M., Malaquias, T., Barreto, M., Rossaneis, M. & Haddad, C. (2022). Instrumentos para avaliação das competências de liderança em Enfermagem: Revisão de literatura. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11 (2), pp. 1-15. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2801>

- Feliciano, J. & Delou, C. (2019). *Manual para observação dinâmica dos Marcos do Desenvolvimento em crianças de 0 a 3 anos*. Editora Universidade Federal Fluminense. <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/586844/2/EBook%20-%20Manual%20para%20observa%C3%A7%C3%A3o%20din%C3%A2mica%20dos%20Marcos%20do%20Desenvolvimento%20em%20crian%C3%A7as%20de%200%20a%203%20anos.pdf>
- Ferreira, R. & Silva, M. (2013). Síndrome da Criança Abanada – Abordagem Diagnóstica. *Arquivos de Medicina*, 28 (5), 145-151.
- Fujiwara, T., Isumi, A., Sampei, M., Miyazaki, Y., Yamada, F., Noma, H., Ogita, K. & Mitsuda, K. (2020). Effectiveness of an educational video in maternity wards to prevent self-reported shaking and smothering during the first week of age: a cluster randomized controlled trial. *Prevention Science*, 21, 1028-1036. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01145-z>
- Fundação do Gil. (n.d.). Projectos- Cuidados domiciliários pediátricos. <https://fundacaogil.pt/projectos/#cuidados-domiciliarios>
- Gomes, A., Trindade, C., Vaz, F. & Trigo, R. (2019). Triagem em Pediatria - uma opção: canadian pediatric triage and acuity scale. *Cuid'arte*, 12 (21), 7-11.
- Green, C., Krafft, H., Guyatt, G. & Martin, D. (2021). Symptomatic fever management in children: a systematic review of national and international guidelines. *PloS one*, 16 (6), 1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245815>
- Gripko, M., Joseph, A., & MohammadiGorji, S. (2023). Effects of the physical environment on children and families in hospital-based emergency departments: a systematic literature review. *Journal of Environmental Psychology*, 86, 101-970. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2023.101970>
- Grys, C. (2022). Evidence-based practice, quality improvement, and research: A visual model. *Nursing*, 52 (11), 47-49.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2019). *Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica* (9ª ed.). Elsevier.
- Infarmed. (2022). Resumo das características do medicamento - paracetamol. https://www.tecnimede.com/sites/default/files/portfolio/dosages/PARACETAMOL%20FARMOZ%2040MG_ML%20XAROPE_RCM.pdf
- Infarmed. (2023). Resumo das características do medicamento - salbutamol. <https://janusinfo.se/download/18.355edb3219115028cc7a491f/1723023563119/Salbutamol,%20Ventilan,%20Glaxo%20Wellcome%20Farmaceutica%20Lda.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). Carta da criança hospitalizada - 5ª ed. https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto de Apoio à Criança. (2022). Vinculação e parentalidade.

http://iacrianca.pt/wp-content/uploads/Brochura_Vinculacao_Parental_FINAL-1.pdf

- International Council of Nurses (ICN). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Katz, A. & Webb, S. (2016). Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics*, 138 (2), e20161485
- Laurent-Vannier, A. (2022). Shaken Baby Syndrome (SBS) or pediatric abusive head trauma from shaking: guidelines for interventions during the perinatal period from the french national college of midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67 (1), S93-S98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13427>
- Leite, A. & Silva, M. (2019). Um estudo bibliográfico da teoria psicossocial de Erik Erikson: contribuições para a educação. *Debates em Educação*, 11 (23), pp. 148-168. 10.28998/2175-6600.2019v11n23p148-168
- Lopes, N. (2012). Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspetiva dos enfermeiros. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Acesso <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf> Aberto.
- Lopes, N. & Williams, L. (2018). Pediatric abusive head trauma prevention initiatives: a literature review. *Trauma, violence & abuse*, 19 (5), 555-566. <https://doi.org/10.1177/1524838016675479>
- Lourenço, B. & Queiroz, L. (2010). Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. *Revista Médica de São Paulo*, 89 (2), 70-75.
- Machado, P. (2015). Adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina no parto na água. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/9d4d0e1c-6027-498b-a644-45797f38af66>
- Maleki, M., Abbasi, S., Esmaeili, M., & Mardani, A. (2024). Mothers' experiences of privacy in neonatal intensive care units: a qualitative study. *Nursing in critical care*, 29 (5), 1100-1109. <https://doi.org/10.1111/nicc.13110>
- Martins, I. & Ávila, P. (2019). Técnica inalatória com câmara expansora com bucal ou máscara facial. *Postgraduate Medicine*, pp. 67-68.
- McNally, J., Hugh-Jones, S., Caton, S., Vareijken, C., Weenen, H. & Hetherington, M. (2015). Communicating hunger and satiation in the first 2 years of life: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 12 (2), 205-228. <https://doi.org/10.1111/mcn.12230>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing*

research and practice. Springer Publishing Company

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meert, K., Clark, J. & Eggly, S. (2013). Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*, 60 (3), 761-772. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.02.011>
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 33-38). Lidel.
- Monteiro, A., Enfers, B. & Medeiros, J. (2003). Crianças com Infecções Respiratórias Agudas: Como são cuidadas em casa? *Revista Rene*, 4 (1), 24-29. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2003000100004>
- Monteiro C., Moreira, M., Oliveira, E., Moura, M. & Costa, J. (2010). Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 1 (1), 167-74. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100023>
- Moreira, A., Moreira, A., Silva, C., Braz, J., Oliveira, M., Lins, S & César, F. (2023). Síndrome do bebê sacudido: uma análise abrangente da literatura para compreensão e prevenção. *Revista Foco*, 16 (10), 1-13. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n10-164>
- Moura, M., Martins, J. & Ribeiro, O. (2022). A criança com dispneia no serviço de urgência: dados epidemiológicos para intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5 (2), 1-9. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.242>
- Neuza, R., Gaspar, L., Paiva, A., Pereira, F., Sousa, P. & Machado, N. (2023). Strategy nursing in children with compromised ventilation: umbrella review. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 137-156.
- Nunes, R., Cabanha, M., Oliveira, J., Valadares, S., Vieira, A. & Simões, E. (2021). Padronização da passagem de turno e otimização da comunicação na enfermagem: um relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, 7 (9), 90123-90132, <https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-259>
- Oliveira, A., Andrade, P., Pinheiro, E., Avelar, A., Costa, P. & Belela-Anacleto, A. (2020). Risk and protective factors for sudden infant death syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (2), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0458>
- Oliveira, F. & Brandão, M. (2024). Parental involvement in early care in neonatal intensive care units: A systematic literature review. *Research, Society and Development*, 13 (3), 1-16
- Oliveira, I., Fortes, C., Mól, V., Rezende, R., Costa, L. & Machado, T. (2019). Síndrome do Bebê Sacudido – Um Relato de Caso. *Revista de Pediatria SOPERJ*, 19 (2).

- Oliveira, T. & Staler, C. (2022). Relação entre apego, amamentação e cultura: revisão de literatura. *Informes Psicológicos*, 22 (2), 205-218. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v22n2a12>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodoricrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Ordem dos Enfermeiros lança browser Ontologia de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lan%C3%A7a-browser-ontologia-de-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas: o sono na criança e no adolescente. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2013). Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. WHO. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Health2020-Long.pdf>
- Yilmaz, S. & Ozdemir, E. (2022). Baby crying analyzing and solution using MATLAB graphical user interface; interdisciplinary collaboration between engineering and nursing. *Biomedical and Biotechnology Research Journal*, 6, 410-4155.
- Papalia, D. & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano* (12 ed). Artmed Editora
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2020). *O mundo da criança: da infância à adolescência* (13ª ed.). AMGH
- Parecer n.º 10/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9406/pparecerplusn%C2%BAplus10_2018_31082

018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz .pdf

- Parente, A., Ferreira, G., Cunha, C., Ramos, A., Sá, A., Haddad, M., Parente, A. & Carneiro, M. (2024). Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. *Acta Paulista Enfermagem*, 37, 1-8. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000041>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. *Gestão nas Organizações de Saúde*, 2, 147-193.
- Paula, M., Pereira, C. & Rabelo, N. (2020). Shaken Baby Syndrome: literature review in the last 5 years. *Archives of Pediatric Neurosurgery*, 2 (2). [https://doi.org/10.46900/apn.v2i2\(May-August\).39](https://doi.org/10.46900/apn.v2i2(May-August).39)
- Pereira, M. & Galvão, D. (2022). Caring in nursing in a pediatric emergency care of general hospital. Valued aspects from the nurses and the parents. *Latin American Journal of Development*, 4 (4), 1581-1598. <https://doi.org/10.46814/lajdv4n4-018>
- Pereira, S. & Magalhães, T. (2011). Síndrome do Shaken Baby – Realidade ou ficção em Portugal? *Acta Médica Portuguesa*, 24 (4), 369-378.
- Poersch, J., Kretzer, G., Farias, R., Oliveira, J. & Rosa, T. (2023). A consulta de enfermagem em puericultura: avaliação do desenvolvimento infantil até os 2 anos na atenção primária à saúde. *Atena*, 7-25.
- Pinto, J., Ribeiro, C., Pettengill, M. & Balieiro, M. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (1), 132-135. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>
- Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel
- Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59 (5-6), 68-75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª série, n.º26. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro. Diário da República, 2.ª série.º 133. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Regulamento nº743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Rezende, C., Alvarenga, A., Cherchiglia, M. & Penido, M. (2021). Doença renal crônica e suas consequências na criança e no adolescente. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 20 (1), 40-59.
- Rodgers, C. (2018). Cuidado da criança pequena centrado na família. In: M., Hockenberry, D., Wilson, & C., Rodgers. *Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica* (10ª ed, pp. 354-379). Elsevier.
- Rodrigues, O. & Melchiori, L. (2014). Aspectos do desenvolvimento na idade escolar e na adolescência. Unesp.
- Ruivo, M., Nunes, L. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Sales, D., Silva, L., Rebelato, A., Itiyama, A., Maximiano, D., Marconi, C., Depieri, M. & Dantas, L. (2023). Atuação da enfermagem na saúde da criança. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 41 (2), 101-106.
- Santos, J., Pestana, A., Guerrero, P., Meirelles, B. & Erdmann, A. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (2), 257-63. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>
- Santos, G., & Freitas, M. (2019). Desenvolvimento humano sob a óptica psicanalística, psicossocial, cognitiva e contextual. *Revista Rios*, 13 (22), 85-10.
- Santos, S., Santos, E. & Lacerda, A. (2018). Dor crônica em pediatria: orientações para os profissionais de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49, 167-177.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Serrano, P. (2018). *O desenvolvimento da autonomia dos 0 aos 3 anos*. Editora Papa Letras
- Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S., Carvalho, A., & Teixeira, A. (2022). Manual de saúde infantil e juvenil. ACES Espinho/Gaia, USF Nova Via, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2022/08/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
- Silva, M. & Martins, R. (2022). O desenvolvimento moral segundo Piaget, Kohlberg, Rest, Turiel, Gilligan e Lind: limites e potencialidades das principais teorias em psicologia moral. *Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*, 14 (2), 42-86.
- Simón, A. (2019). Dispositivos de Inalação - I tipos e seleção. Ordem dos Farmacêuticos. https://ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_publicacao_dispositivos_de_inalacao_i_final_19617646165df0d11248f0e.pdf

- Soares, H. (2018). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências de Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa). <https://www.proquest.com/openview/4d692d5a07ff22deb41f246c85fd3a3c/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar>
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2017). infecção respiratória aguda. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Terapia_-_Insuficiencia_Respiratoria_Aguda.pdf
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2023). Guia prático de atualização da sociedade brasileira de pediatria lavagem nasal. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA_ISBN_-_Lavagem_Nasal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Sossela, C. & Sager, F. (2017). A criança e o brinquedo em contexto hospitalar. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20 (1), 17-31.
- Sousa, P. (2012). O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências de Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa). <https://biblioteca.esenf.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=11030>
- Sousa, P., Paiva, A., Parente, P., Machado, N., Brito, A. & Pereira, F. (2023). A saúde mental na transição parental e a utilização da internet mediada pelos enfermeiros. *Rev ROL Enfermeria*, 46 (3), 16-21. <https://doi.org/10.55298/ROL2023.4624>
- Sousa, P., Pereira, A., Pereira, F, Parente, P. & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15 (1), 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Souza, L., Fuji, G., Segovia, J., Vigilato, P., Mariano, E., Silva, C., Oliveira, I. & Maia, A. (2025). Shaken Baby Syndrome: understanding the causes, consequences, and prevention - a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 8 (1), 1-11. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n1-217>
- Souza, M., Bandeira, L., Soares, M., Filho, J., Sousa, A., Silva, É., Nascimento, G., Silva, A., Cândido, G., Nascimento, I., Filho, E., Silva, A., Soares, M., Sousa, Y. & Andrade, F. (2022). Método Canguru na UTI neonatal: benefícios para a saúde e vínculo materno-infantil. *Research, Society and Development*, 11 (13). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35072>

- Souza, M., Damião, E., Buchhorn, S. & Rossato, L. (2021). Manejo não farmacológico da febre e hipertermia da criança: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-10. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00743>
- Souza, J. (2014). Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA. (Tese Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-115040/en.php>
- Stavropoulou, A., Rovithis, M., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Sigala, E., Papageorgiou, D., Moudatsou, M., & Koukouli, S. (2022). What quality of care means? exploring clinical nurses' perceptions on the concept of quality care: a qualitative study. *Clinics and practice*, 12 (4), 468-481. <https://doi.org/10.3390/clinpract12040051>
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando*. Lusociência.
- Varkey, B. (2020). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University. *Health Science Centre*, 30 (1), 17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>