ESS LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

A LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE E O EMPODERAMENTO PARENTAL NA GESTÃO DA DOENÇA AGUDA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Cristina Simões Guerreiro

Setembro-25

ESS LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Cristina Simões Guerreiro

A LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE E O EMPODERAMENTO PARENTAL NA GESTÃO DA DOENÇA AGUDA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador(es)
Professor Doutor José Vilelas

Setembro-25

"Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo"

José Saramago

Agradecimentos

Primeiramente, aos meus filhos, Gabriel e Benedita, por serem o meu maior impulso e a razão de cada passo dado neste percurso. Obrigada pela paciência, pelo amor incondicional e por me lembrarem, todos os dias, da importância de lutar pelo que acredito.

Ao meu marido, Filipe, pela paciência infinita, pelo companheirismo e pela capacidade de me fazer sorrir mesmo nos dias mais difíceis. Sempre disse que se chegássemos ao fim desta jornada, seria para a vida. Hoje sinto que esta conquista é tão tua quanto minha. Obrigada por seres o meu pilar e por acreditares em mim mesmo nos momentos em que eu própria duvidei.

À minha mãe**,** por estar sempre ao meu lado e por me apoiar de todas as formas possíveis, para que esta jornada se tornasse uma realidade. O teu apoio incondicional deu-me serenidade e força nos momentos em que mais precisei.

Ao meu pai, pelo incentivo e por me ensinar, desde cedo, o valor do esforço e da perseverança.

À minha irmã, pela presença e por me lembrar que mesmo nos dias mais cansativos há sempre espaço para uma gargalhada.

Ao meu sogro, pelo carinho e por estar sempre disponível, tornando este percurso mais leve.

Às minhas amigas Marta, Sara P., Sara S. e Joana, por estarem sempre ao meu lado, por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidei e por me motivarem a nunca desistir. Obrigada pelo apoio, pelas conversas, pelas gargalhadas e por me lembrarem que existe vida para além dos desafios, ajudando-me a encontrar equilíbrio e serenidade.

À Madalena e à Joana, que estiveram comigo em cada desafio e se tornaram amigas que levo para além deste percurso. À Madalena, por todas as horas de trabalho lado a lado, pelas conversas que começavam em trabalhos e acabavam em desabafos e por ser sempre o meu porto seguro nas fases mais exigentes. À Joana, pela presença constante e pelas palavras que tantas vezes me deram força para continuar. Obrigada às duas pelo companheirismo, pelas mensagens a horas impróprias, pela entreajuda, pelo ombro amigo e pelas gargalhadas que transformaram a exigência deste percurso em memórias felizes.

A todas as equipas que se cruzaram comigo ao longo dos estágios, em especial às enfermeiras supervisoras clínicas, a Enf.ª Vanda, Enf.ª Selma, Enf.ª Cristiana e Enf.ª Carina pelo acolhimento, pela partilha de conhecimento e por serem inspiração e espelho para a construção do meu percurso.

Ao Professor Doutor José Vilelas, pela orientação exigente e rigorosa, mas sempre acompanhada de disponibilidade, incentivo e humanidade. Obrigada por me guiar ao longo de todo este percurso, por trazer leveza aos momentos mais desafiantes e por me ajudar a transformar dúvidas em aprendizagens e desafios em oportunidades de crescimento, tornando esta caminhada mais serena e enriquecedora a nível pessoal e profissional.

Aos docentes do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, pela dedicação e por me proporcionarem uma formação que moldou a minha forma de cuidar.

Às famílias e crianças que me permitiram partilhar momentos tão importantes das suas vidas, pela confiança depositada e pela oportunidade de aprender com cada história e cada desafio.

A todos os que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada, o meu sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

A Literacia Digital em Saúde constitui uma dimensão essencial na prática de cuidados, uma vez que a procura de informação em fontes não validadas pelas famílias pode gerar insegurança e aumentar o stress na gestão da doença aguda.

Considerando a importância do empoderamento parental através da promoção da literacia digital em saúde para a gestão da doença aguda na criança durante o primeiro ano de vida, este relatório tem como objetivo analisar de forma crítica o percurso formativo realizado. Pretende-se, assim, descrever e refletir sobre as competências adquiridas ao nível de mestre, e ao nível das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O percurso formativo foi sustentado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, em articulação com os Cuidados Centrados na Família, o Modelo de Parceria de Cuidados e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que reforçaram a participação ativa das famílias e o suporte em momentos de vulnerabilidade.

A metodologia adotada integrou pesquisa em bases de dados científicas, diagnóstico de necessidades, elaboração de documentos uniformizadores da prática, desenvolvimento de instrumentos educativos bilíngues e realização de sessões de educação para a saúde, bem como a avaliação sistemática das intervenções.

Das atividades desenvolvidas em diferentes contextos, destacam-se entre muitas atividades desenvolvidas a criação da página *PediArtCare* como meio de promoção contínua da Literacia Digital em Saúde.

As intervenções desenvolvidas nos diferentes contextos evidenciaram ganhos em saúde, maior confiança e autonomia das famílias, bem como a consolidação de competências profissionais, sustentando uma prática avançada, ética e baseada na evidência científica.

Palavras-chave: Literacia Digital em Saúde, Empoderamento Parental, Doença Aguda, Enfermagem Pediátrica, Promoção da Saúde

ABSTRACT

Digital Health Literacy constitutes an essential dimension in care practice, since families' search for information in non-validated sources can generate insecurity and increase stress in the management of acute illness.

Considering the importance of parental empowerment through the promotion of Digital Health Literacy for the management of acute illness in children during the first year of life, this report aims to critically analyze the training path undertaken. It therefore intends to describe and reflect on the competencies acquired at the master's level, as well as on the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing.

The training path was supported by Nola Pender's Health Promotion Model, in articulation with Family-Centered Care, the Partnership-in-Care Model, and Afaf Meleis' Transitions Theory, which reinforced the active participation of families and support in moments of vulnerability.

The methodology adopted integrated research in scientific databases, needs assessment, elaboration of practice-standardizing documents, development of bilingual educational instruments, and the implementation of health education sessions, as well as the systematic evaluation of interventions.

Among the activities developed in different contexts, the creation of the PediArtCare page stands out as a means of continuous promotion of Digital Health Literacy.

The interventions carried out in the different contexts evidenced health gains, greater confidence and autonomy of families, as well as the consolidation of professional competencies, sustaining an advanced, ethical, and evidence-based practice.

Keywords: Digital Health Literacy, Parental Empowerment, Acute Illness, Paediatric Nursing, Health Promotion

Lista de Siglas

CC – Cuidados na Comunidade

CCF – Cuidados Centrados na Família

CE – Câmara Expansora

DGS – Direção Geral de Saúde

EEE – Enfermeiro Especialista em Enfermagem

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EG – Enfermeiro Gestor

ER - Enfermeiro Responsável

ESC – Enfermeira Supervisora Clínica

IN – Internamento de Neonatologia

IP – Internamento de Pediatria

IT – Instrução de Trabalho

LDS – Literacia Digital em Saúde

NACJR - Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;

PSE – Procedimento Sectorial de Enfermagem

RN - Recém-nascido

SO – Serviço de Observação

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

UP – Urgência Pediátrica

Índice

I. Introdução 14

II. Enquadramento Teórico 17

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre 25

III.1. Cuidados na Comunidade 37

III.1.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação 37

III.1.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências 40

III.2. Internamento de Neonatologia 49

III.2.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação 49

III.2.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências 51

III.3. Urgência Pediátrica 57

III.3.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação 57

III.3.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências 59

III.4. Internamento de Pediatria 68

III.4.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação 68

III.4.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências 69

IV. Considerações Finais 75

V. Referências Bibliográficas 77

Apêndices 89

Apêndice A - Diagrama de PRISMA 90

Apêndice B – Plano de Projeto 92

Apêndice C – Cronograma de Atividades Módulo I 99

Apêndice D – Cronograma Provisório de Atividades Módulo II 102

Apêndice E - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Cuidados na Comunidade 106

Apêndice F - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Internamento Neonatologia 111

Apêndice G - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Urgência Pediátrica..... 119

Apêndice H - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Internamento Pediatria..... 126

Apêndice I - Reflexão do percurso nos Cuidados na Comunidade, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica..... 132

Apêndice J - Reflexão do percurso o Internamento de Neonatologia, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica..... 137

Apêndice K - Reflexão do percurso na Unidade Pediátrica, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 144

Apêndice L - Reflexão do percurso no Internamento de Pediatria, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica..... 154

Apêndice M – Resumo Revisão Sistemática da Literatura: "Brincadeira Terapêutica como Estratégia de Comunicação nos Cuidados à Criança: Revisão Sistemática da Literatura"..... 167

Apêndice N – Documento Uniformizador da Prática "Cuidados à Criança com Diarreia e Vómitos Ligeiros"..... 169

Apêndice O – Folheto Informativo "Vómitos e Diarreia, o que fazer? (Português e Inglês).....179

Apêndice P – Documento Uniformizador da Prática "Febre na Criança"..... 184

Apêndice Q – Cartaz Informativo: "Febre na Criança"..... 197

Apêndice R – Informação *Qr Code* Cartaz Informativo "Febre na Criança" (Português e Inglês) 199

Apêndice S – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Folheto: Diarreia e Vómitos; Cartaz: Febre Na Criança..... 202

Apêndice T – Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Folheto: Diarreia e Vómitos; Cartaz: Febre Na Criança..... 207

Apêndice U – Análise Reflexiva dos Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Folheto: Diarreia e Vómitos; Cartaz: Febre Na Criança..... 214

Apêndice V – Documento Uniformizador de Práticas do *Workshop* "Vamos à Urgência? Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio"..... 218

Apêndice W – Plano de Sessão do *Workshop* "Vamos à Urgência? Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio"..... 236

Apêndice X – *Workshop* "Vamos à Urgência?" Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio..... 239

Apêndice Y – Análise Reflexiva dos Resultados do Questionário de Avaliação do *Workshop* "Vamos à Urgência?" Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio. 247

Apêndice Z – Procedimento Sectorial de Enfermagem "Ensinar a família sobre os sinais de alerta no recém-nascido após a alta"..... 252

Apêndice AA – Cartaz Informativo "Quais os sinais que devo estar atento quando for para casa?" 265

Apêndice BB – Vídeo Informativo "Sabe identificar os sinais de Alerta no seu bebé? (Português e Inglês) 267

Apêndice CC – Livro de Preparação para a Alta: "Alta do Recém-nascido"..... 274

Apêndice DD – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Ensinar os pais sobre os sinais de alerta no recém-nascido - preparação para a alta.....281

Apêndice EE – Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Ensinar os pais sobre os sinais de alerta no recém-nascido - preparação para a alta..... 286

Apêndice FF – Análise Reflexiva dos Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Ensinar os pais sobre os sinais de alerta no recém-nascido - preparação para a alta 294

Apêndice GG – Plano de Sessão, Sessão de Formação: "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família" 299

Apêndice HH – Cartaz de divulgação da formação aos enfermeiros "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família" 305

Apêndice II – Sessão de Formação: "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família" 307

Apêndice JJ - Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família" 315

Apêndice KK – Instrução de Trabalho "Limpeza das Vias Aéreas" 320

Apêndice LL – Vídeo Informativo "Lavagem Nasal na Criança" (Português e Inglês) 335

Apêndice MM – Cartaz Informativo "Lavagem Nasal na Criança" 340

Apêndice NN – Instrução de Trabalho "Dispneia: Inaloterapia" 342

Apêndice OO – Cartaz Informativo "Técnica Inalatória com inalador (pMDI) e câmara expansora (CE) com máscara" (português e inglês) 364

Apêndice PP – Cartaz Informativo "Técnica Inalatória com inalador (pMDI) e câmara expansora (CE) com bocal" (português e inglês) 367

Apêndice QQ – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação "A Literacia Digital em Saúde e o Empoderamento Parental na Gestão da Doença Aguda no Primeiro ano" 370

Apêndice RR – Sessão de Formação: "A Literacia Digital em Saúde e o Empoderamento Parental na Gestão da Doença Aguda – Apresentação do Projeto Desenvolvido" 375

Apêndice SS – Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: "A Literacia Digital em Saúde e o Empoderamento Parental na Gestão da

Doença Aguda no Primeiro ano de Vida – Apresentação do Projeto Desenvolvido”.....382

Apêndice TT – Procedimento Sectorial de Enfermagem “Prevenção de Acidentes (0-3 meses)”.....386

Apêndice UU – Folheto Informativo “Prevenção de Acidentes em Crianças. Vamos ajudar!” (português e inglês)..... 412

Apêndice VV – Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção de Acidentes na Criança”.....417

Apêndice WW – Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde - Prevenção de Acidentes na Criança 421

Apêndice XX – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação Do Projeto Desenvolvido – Prevenção de Acidentes na Criança..... 424

Apêndice YY – Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido – Prevenção de Acidentes na Criança 429

Apêndice ZZ – Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde - Prevenção de Acidentes na Criança 437

Anexos.....441

Anexo I – Certificado de Presença na 14.ª Reunião Pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier – ULS Lisboa Ocidental..... 442

Anexo II – Certificado de Presença no Curso “ABC Diabetes”..... 446

Anexo III – Certificado de Presença *Workshop* de “Procedimentos em Neonatologia/Pediatria”..... 448

Anexo IV – Certificado de Presença no “IX Encontro Nacional da APEPEN - Cuidados Pediátricos Integrados: Abordagens Multidimensionais” 450

Anexo V – Certificado de Presença no “Curso de Trauma em Urgência”..... 452

Anexo VI – Certificado de Presença no “Ciclo de *Webinars* em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos - sessões 1, 2 e 3”..... 455

Anexo VII – Certificado de Presença no *Webinar* “Brincar é Aprender”..... 459

Anexo VIII – Certificado de Presença no *Webinar* "Sono na Criança/Jovem: Vamos continuar a dormir sobre o assunto?" 461

Anexo IX – Certificado de Presença no *Webinar* "Enfermagem Digital e o Uso da Inteligência Artificial" 463

Anexo X – Certificado de Presença no *Webinar* do "Dia Mundial dos Cuidados Paliativos em Pediatria" 465

Anexo XI – Certificado de Presença no "VIII Encontro Nacional da APEPEN - Construindo o futuro do SIP: Inovação, Qualidade e Segurança em debate" 467

Anexo XII – Certificado de Presença no "II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem - Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!" 469

Anexo XIII – Certificado de Presença na "III Convenção Internacional dos Enfermeiros – "Tempo de Respostas" 471

Anexo XIV – Certificado de Participação como coautora no "1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz vermelha Portuguesa Lisboa" 473

Anexo XV – Certificado de Participação como coautora no "X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem" 475

Anexo XVI – Certificado de Participação como autora no "IX Encontro Nacional da APEPEN" 477

Índice de Gráfico

Gráfico 1. Percentagem de famílias que recorrem à *internet* para procurar informação sobre saúde e segurança dos recém-nascidos/lactentes, nos quatro contextos clínicos analisados…….....…….....…28

I. Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II. O seu desenvolvimento fundamenta-se na implementação de um plano previamente delineado, centrado no tema empoderamento parental na Literacia Digital em Saúde (LDS) para uma melhor gestão da doença aguda da criança no primeiro ano de vida.

Este relatório tem como objetivo analisar de forma crítica o percurso formativo realizado. Pretende-se, assim, descrever e refletir sobre as competências adquiridas ao nível de mestre, e ao nível das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Atualmente, a sociedade está cada vez mais exposta a diversos estímulos e envolvida numa rotina acelerada para atender às suas necessidades. Procura, cada vez mais, respostas imediatas, sendo a *internet* uma ferramenta fácil e de rápido acesso para suprir essas demandas. Um estudo realizado a 40 casais primíparos com crianças no primeiro ano de vida, evidencia que 83,7% das famílias recorre a sites da *internet* para suprimir as suas necessidades de informação, acerca do desenvolvimento infantil e outros aspetos relativos à saúde dos seus filhos[1].

O estado de saúde das crianças gera *stress* e ansiedade, ao núcleo familiar, colocando-os num processo de transição de saúde-doença, conforme descrito na Teoria das Transições de Afaf Meleis[2], o que potencia a procura de informação rápida[1]. Um dos principais desafios mencionados pelos pais/família/pessoa significativa/cuidador informal, de ora em diante designado apenas por família, para além da identificação do próprio enquanto figura parental[2], centra-se na dificuldade em encontrar informações de saúde precisas e fidedignas, quando recorrem à *internet*[1]. Cabe, ao EEESIP, minimizar o impacto das transições vivenciadas pelo binómio criança-família. Deste modo, garante-se o empoderamento e a capacitação neste percurso, para que o núcleo familiar se sinta seguro e confiante no papel de cuidador.

O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) enfatiza a valorização dos cuidados antecipatórios da doença aguda no primeiro ano de vida, pelo que, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o EEESIP deve empoderar a família de autoeficácia, autoconsciência, confiança, capacidade de adaptação e LDS, para adquirir uma melhor gestão da informação e recursos nos canais digitais[3-5].

A LDS refere-se à capacidade dos indivíduos de aceder, compreender, avaliar e utilizar informações de saúde disponíveis no meio digital para promover o seu bem-estar e tomar decisões informadas sobre a sua saúde[6]. O acesso à informação é um dos princípios fundamentais, tal como a avaliação crítica, a compreensão das informações, a capacidade de utilização das tecnologias e a proteção dos dados. Assim, as famílias devem saber onde e como procurar informações de saúde confiáveis; diferenciar as informações baseadas em evidências científicas de desinformação ou falsas notícias; interpretar corretamente os dados de saúde, bem como a terminologia científica; usar as tecnologias da saúde para facilitar o acesso aos cuidados de saúde (ex: consultas); e finalmente, as famílias não devem partilhar informações sensíveis em plataformas não seguras[7,8]. Estes princípios vão ao encontro da Estratégia Única dos Direitos das Crianças e Jovens 2025-2035, que reforça a importância da proteção e do acesso seguro à informação digital, assegurando direitos tanto das crianças como das suas famílias[9].

Portanto, a capacidade de LDS é essencial na era da transformação digital e facilita que os cidadãos aproveitem ao máximo os recursos tecnológicos para melhorar a sua qualidade de vida. Ao longo do relatório será utilizado este conceito como referência para a utilização apenas da *internet*, no que concerne ao empoderamento parental.

Tendo em conta os pressupostos explanados, evidencia-se a necessidade de mobilizar o Modelo Teórico de Nola Pender para apoiar este relatório. A intervenção especializada do enfermeiro, apoia-se na promoção da saúde, impulsionando o desejo de preservar a saúde, prevenindo doenças, pela intenção de melhorar a saúde, independentemente da presença ou ausência de doença – como referência o modelo da teórica Nola Pender[10]. De modo a alcançarem um maior controlo na tomada de decisão e direcionar as ações que afetam a sua saúde, o EEESIP deve basear a sua intervenção assente nas premissas dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e no Modelo de Parceria de Cuidados[11].

Assim, com o objetivo de garantir a prestação de cuidados especializados de excelência, o EEESIP, com base no Regulamento de Competências Específicas, Comuns e de mestre, deve procurar atender de forma eficaz às necessidades de saúde deste binómio, com fundamentação pertinente e atualizada[12-14].

Neste sentido, e com base na temática, define-se como objetivo para o percurso: desenvolver competências especializadas no empoderamento parental, através da

promoção da literacia digital em saúde, para a gestão da doença aguda na criança durante o primeiro ano de vida.

O presente relatório estruturalmente encontra-se organizado em capítulos e subcapítulos, iniciando-se com a contextualização da temática, onde é apresentada a pertinência do tema, os objetivos do trabalho e a estrutura adotada. Segue-se o enquadramento teórico onde estão explanados os principais conceitos, nomeadamente doença aguda, criança, família e LDS, articulando-os com o Modelo da Teórica Nola Pender. Posteriormente, apresenta-se o percurso para a aquisição de competências especializadas e de mestre, estruturado segundo os diferentes contextos de estágio. Segue-se a elaboração do diagnóstico de situação efetuado inicialmente, bem como aos resultados alcançados, com particular atenção aos objetivos traçados e às atividades realizadas, em conformidade com o plano de projeto estabelecido no Módulo I. Segue-se a reflexão crítica sobre este percurso formativo, articulando as competências de mestre, as competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem (EEE) e as específicas de EEESIP. Por fim, surgem as considerações finais, onde se reflete sobre o cumprimento dos objetivos, os desafios encontrados, as implicações para a prática profissional e as perspetivas de projetos futuros. O relatório termina com as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

II. Enquadramento Teórico

A era digital transformou a forma como a informação sobre saúde é acedida, partilhada e utilizada pelas famílias principalmente no que concerne à saúde infantil. No entanto, a crescente quantidade de conteúdos gerados pelos utilizadores evidencia desafios, nomeadamente a incerteza associada à qualidade, precisão e navegabilidade da informação disponível. Embora a *internet* facilite o acesso a dados sobre sintomas, doenças e tratamentos, a sua utilização na tomada de decisões de saúde exige uma abordagem crítica e orientada por fontes fidedignas[15,16].

Tornou-se, assim, essencial a realização de uma pesquisa que sustente a problemática identificada. Para esse efeito, o enquadramento teórico foi elaborado com base numa revisão da literatura fundamentada na evidência obtida através da pesquisa nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*. Nesta pesquisa, foram utilizados descritores validados no *Medical Subject Headings*, complementados por termos em linguagem natural, que possibilitaram a formulação da seguinte equação de pesquisa: *[(Mother*) OR (Father*) OR (Famil*) OR (Caregiver*) OR (Parent*)) AND ((Internet) OR (Online) OR (Cyber*) OR (eHealth) OR (E-Health)) AND ((Child) OR (Pediatric) OR (Children) AND (Disease)]*. Como limitadores de pesquisa, artigos publicados nos últimos 5 anos, em texto integral disponível, em português, espanhol e inglês (Apêndice A). Foram igualmente consultados outros artigos de cariz científico, obtidos através de pesquisa em bases de dados científicas, bem como documentos orientadores do exercício profissional e literatura cinzenta.

A *Internet*, pelas suas características de acessibilidade, tem-se consolidado como uma fonte frequente de procura de informações acerca da saúde infantil, pelas família[17,18]. A ampla disponibilidade de dispositivos eletrónicos com ligação à *internet*, facilita a LDS, permitindo um acesso às informações, de forma rápida, com alcance global e, ainda, a possibilidade de realizar pesquisas de forma anónima e confidencial[17-21]. A literatura evidencia que 9 em cada 10 elementos da família, utilizam diariamente os telemóveis para aceder à *internet* para procurar informações relacionadas com a saúde dos filhos, tendência crescente desde o aparecimento dos *smartphones*[19].

O número de páginas *online* criadas para apoiar as famílias têm crescido consideravelmente, disponibilizando informações acerca de temáticas diversificadas, com destaque para as doenças durante a primeira infância, uma das mais pesquisadas.

Estudos destacaram que, após as consultas médicas, muitas famílias procuram complementar informações através de motores de busca, como o *Google*®. Neles, procuram esclarecer dúvidas sobre sintomas, doenças, tratamentos e serviços de saúde, e ainda, grupos de apoio *online* onde exploram alternativas aos tratamentos prescritos e discutem diferentes abordagens de cuidado com outras famílias[15,17-24]. O aumento da procura por informações de saúde infantil em plataformas digitais realça a necessidade de uma LDS mais sólida, garantindo que as famílias acedam a conteúdos fidedignos e tomem decisões informadas.

Contudo, quando a qualidade ou a confiabilidade das informações *online* não são monitorizadas, o conteúdo disponível pode ser questionável. As informações nas redes sociais nem sempre são apresentadas de forma equilibrada, o que exige que as famílias avaliem com cuidado a confiabilidade dos conteúdos encontrados na *internet* e nas plataformas sociais, gerando-se um desafio para as mesmas[15-26]. Neste contexto, a intervenção do EEESIP é essencial no empoderamento das famílias, promovendo a educação em saúde, o desenvolvimento de conhecimentos que permitam distinguir e interpretar fontes credíveis e utilizar a informação digital de forma segura.

Em Portugal, a adoção do uso das tecnologias nos sistemas de saúde tem crescido significativamente[27]. As plataformas *eHealth*, em particular, têm sido reconhecidas como ferramentas importantes para aproximar os profissionais de saúde das necessidades do binómio crianças-famílias, promovendo um cuidado especializado mais efetivo. Essa evolução tecnológica tem impulsionado a integração de soluções digitais na saúde, facilitadoras da comunicação entre estes profissionais e as famílias, superando barreiras de tempo e distância, respondendo de forma individualizada às necessidades do cliente[27,28].

As plataformas de *eHealth*, impulsionadoras de LDS, permite aos profissionais de saúde assegurar cuidados contínuos de elevada qualidade, na otimização da gestão das doenças, garantindo um acompanhamento mais frequente, esclarecendo dúvidas e agilizando solicitações de acompanhamento presencial, sempre que necessário.

Desta forma, é necessário que o EEESIP conheça e que desenvolva estratégias, para ir ao encontro das novas tendências de acesso ao conhecimento, garantindo o empoderamento efetivo e fidedigno das famílias na procura de informação sobre doença aguda, no primeiro ano de vida. O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender sugere que a adoção de comportamentos promotores da saúde é impulsionada por fatores como

crenças, perceções de barreiras, perceções de benefícios, autoeficácia e suporte social. Pelo que reforça a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde e na capacitação das famílias, apoiando a importância do empoderamento parental na LDS[10]. A crescente digitalização da informação e o fácil acesso a conteúdos *online* exigem que os profissionais de saúde orientem as famílias na seleção de fontes fidedignas, promovendo o uso crítico e informado dos recursos digitais [10,18]. Através de intervenções educativas e da criação de conteúdos digitais confiáveis[18,22,25,26,29,30], o enfermeiro contribui para que as famílias se sintam mais seguras na identificação de sinais de alerta, na gestão da doença aguda e na adoção de práticas preventivas, alinhando-se com os princípios do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender[10].

Este modelo baseia-se em princípios fundamentais que destacam as características e experiências individuais, cognições e afetos específicos do comportamento e resultados comportamentais[10]. Cada um destes fundamentos integra princípios diferentes, sendo estes divididos: primeiro as características e experiências individuais que compreende comportamentos anteriores passiveis de mudança e por fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais); segundo, dentro das cognições e afetos específicos do comportamento, este compreende o que se pretende alcançar, através dos benefícios percebidos para a ação, da autoeficácia compreendida, dos sentimentos relacionados com o comportamento, das influências interpessoais, como a família, pares, prestadores de cuidados, normas, apoio e modelos, e das influências situacionais, que envolvem o ambiente e as condições que podem facilitar ou dificultar a adoção de determinado comportamento de saúde; e como terceiro, e último, resultados comportamentais, este abrange o compromisso com o plano de ação, através das intervenções de enfermagem, exigências imediatas e preferências em que as imediatas exigem mudanças rápidas pelo baixo controlo do comportamento e as de preferências exercem maior controlo nas ações que levam a mudanças de comportamento a longo prazo, e por fim o desejado comportamento promotor da saúde, como resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde[10].

Relacionando este modelo com a temática do relatório destaca-se que o comportamento de saúde é influenciado por experiências anteriores, características individuais e fatores cognitivos e afetivos, que moldam a motivação e a tomada de decisão. Ao aplicar este modelo ao empoderamento parental, é possível compreender como as famílias podem ser incentivadas a adotar práticas de cuidado mais eficazes e

proativas, especialmente no contexto da gestão da doença aguda em crianças no primeiro ano de vida[10].

A LDS atua como uma ferramenta fundamental nesse processo, ao oferecer acesso a informação qualificada, fortalecer a perceção de autoeficácia e facilitar a tomada de decisões informadas[22,25,26]. Quando as famílias possuem maior capacidade de compreender, avaliar e aplicar informações de saúde disponíveis digitalmente, aumentam também a sua perceção de controlo sobre a situação e o envolvimento nos cuidados à criança - pilares fundamentais para o empoderamento segundo o modelo de Nola Pender[10].

Neste sentido, como futura EEESIP, pretende-se através da implementação do modelo de Pender orientar as famílias na utilização responsável da informação digital, promovendo uma LDS que favoreça o desenvolvimento de competências parentais e contribua para melhores resultados em saúde infantil. Este empoderamento visa preparar as famílias para responder de forma eficaz aos episódios de doença aguda no primeiro ano de vida, permitindo-lhes distinguir fontes de informação fidedignas, interpretar corretamente orientações médicas, evitar práticas desaconselhadas e minimizar a exposição a conteúdos inadequados que possam comprometer o bem-estar da criança[10,22,25,26,42].

Deste modo, salienta-se o termo LDS um conceito abrangente e complexo, que integra a literacia digital e a literacia em saúde. Os primeiros a explorar o conceito de LDS foram Norman e Skinner, que, como pioneiros nesta área, introduziram o termo *eHealth Literacy*[31]. Este conceito versa a capacidade de procurar, localizar, compreender e avaliar informações de saúde provenientes de fontes digitais, bem como aplicar o conhecimento adquirido para lidar com questões ou problemas relacionados com a saúde. Iniciando-se um desafio, uma vez que a LDS envolve não apenas as competências tecnológicas para aceder e utilizar plataformas digitais, mas também a capacidade para interpretar e aplicar essas informações de forma eficaz na gestão da saúde[31-33].

É, portanto, crucial que o EEESIP reconheça a relevância da sua intervenção no empoderamento parental nesta área, que se torna cada vez mais atual. Os enfermeiros devem não só orientar as famílias sobre a qualidade das informações de saúde que analisam, mas também informar sobre a existência de entidades e instituições de saúde com credibilidade científica, que disponibilizam informações acessíveis, claras e fidedignas, como a Direção-Geral da Saúde (DGS) ou a OMS. Apoiando na reflexão

crítica sobre a informação recebida, auxiliando-os na adaptação dessa informação às suas necessidades e situações específicas. Esta intervenção surge como um fator determinante na promoção de desenvolvimento saudáveis e na melhoria dos cuidados à criança/jovem, sendo essencial que os enfermeiros assumam um papel ativo na orientação e formação das famílias, fomentando a sua autonomia e promovendo um processo de transição saudável no cuidado às crianças[34].

Neste sentido, a criança no primeiro ano de vida quando exposta a um agente patogénico, encontra-se vulnerável e a ultrapassar uma experiência desagradável, geradora de *stress* e desequilíbrio na criança e no núcleo familiar, colocando-os num processo transacional[2,34]. Na interpretação de Meleis, uma transição trata-se da passagem de um estado relativamente estável para outro, igualmente estável, desencadeada por uma mudança. As transições envolvem etapas dinâmicas distintas, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidas tanto pelos processos que as compõem quanto pelos seus resultados finais[2]. Quando confrontados com uma situação de alteração do estado de saúde (equilíbrio) para uma situação inesperada (doença), a criança e a família entram num processo de transição saúde-doença, caracterizado por desafios emocionais e adaptativos que exigem reestruturação e apoio para restabelecer o bem-estar.[2] Este processo de transição é muitas vezes associado a uma procura de informação em fontes digitais, tal como a *internet*, com o objetivo de minimizar o impacto da doença[15,18,26].

Deste modo, a falta de literacia em saúde torna-se um desafio para as famílias na gestão da doença aguda das crianças. A evidência refere que as famílias com níveis insuficientes de literacia em saúde têm maior dificuldade em compreender orientações médicas, interpretar rótulos, avisos de saúde e adotar comportamentos preventivos adequados[35]. Estas limitações podem ser exacerbadas pela falta de capacidades digitais, dificultando o acesso a informações de saúde confiáveis e atualizadas.

Reforçando o exposto anteriormente, as crianças e as famílias, ao passarem por transições saúde-doença manifestam diversas respostas face aos desafios encontrados, a *internet* assume frequentemente um papel central, oferecendo um acesso rápido a informação que pode influenciar a forma como percecionam o processo de doença aguda[2,16,24,25]. Torna-se, assim, imprescindível que o EEESIP tenha competências para estruturar terapêuticas de enfermagem que não só promovam a adesão aos cuidados, mas também orientem as famílias na seleção de fontes fidedignas, contribuindo para uma diminuição das respostas humanas, como ansiedade e *stress*, da criança e família[2,34].

O lactente, pelo seu desenvolvimento imunológico imaturo, encontra-se mais suscetível a agentes oportunistas até à imunização, para doenças passiveis de prevenção, estar estabelecida[36]. Durante o primeiro ano de vida, existem patologias mais frequentes no recém-nascido (RN) - considerado desde o nascimento até aos 28 dias de vida[36,37]: traumatismo durante o parto, traumatismo cefálico, fraturas variadas, paralisia, eritema toxico do RN, candidíase oral, convulsões neonatais e sépsis; e no lactente - considerado até ao primeiro ano de vida[34, 36-38]: otite média aguda, alergia à proteína do leite de vaca, intolerância à lactose, doenças do foro respiratório, convulsões, dermatite da fralda, doenças exantemáticas, gastroenterite e síndrome de morte súbita no lactente. Salientando-se um dos sintomas mais frequentes nesta faixa etária associado à maioria destas patologias, a febre, que causa ansiedade e *stress* no núcleo familiar pela sua demonstração e eventuais complicações associadas[34].

É função do EEESIP, durante a vigilância de saúde do PNSIJ, abordar a temática dos acidentes e segurança, um dos pilares dos cuidados antecipatórios para esta faixa etária, prevenindo eventuais complicações na saúde do RN e lactente[4,39]. Desta forma, o enfermeiro especialista na sua área de intervenção, perante situações de doença e/ou prevenção da mesma, deve ser detentor de conhecimento acerca da prevenção, identificação de sinais e sintomas de alerta e das diversas patologias do RN e lactente[4,12]. Esse conjunto de competências contribui para um acompanhamento seguro e uma resposta rápida a eventuais condições de saúde.

Assim, os CCF reconhecem que a família desempenha um papel essencial no bem-estar da criança, especialmente durante o processo de doença. Esta filosofia de cuidados procura empoderar as famílias, no processo de gestão da doença aguda, promovendo uma abordagem mais humanizada e eficaz[11,40]. Alicerçado a esta filosofia, o EEESIP deve ainda basear-se no Modelo da Parceria de Cuidados, reconhecendo a família como parceira ativa. Ao invés de um modelo unidirecional, em que o profissional de saúde assume um papel exclusivamente orientador, estabelece-se uma relação de parceria, em que o conhecimento empírico da família sobre a criança é valorizado e integrado na gestão da doença[11,41].

O modelo de parceria de cuidados e a abordagem dos CCF partilham princípios fundamentais como o respeito mútuo, a colaboração ativa e o reconhecimento do papel central da família no cuidado da criança. Estas abordagens valorizam as famílias como

parceiros essenciais na tomada de decisões e na prestação de cuidados, promovendo um ambiente de corresponsabilidade e apoio[11,40,41].

Neste sentido, o empoderamento parental emerge como um processo dinâmico, que fortalece as competências das famílias a assumirem um papel ativo e confiante nos cuidados à criança, especialmente em situações de doença aguda durante o primeiro ano de vida, período particularmente sensível e vulnerável[42]. A LDS torna-se um recurso estratégico nesse processo, ao facilitar o acesso à informação de qualidade, fomentar a compreensão de sinais e sintomas, e apoiar a tomada de decisões baseadas em evidência[22,25,26,31].

Ao integrar o modelo de parceria de cuidados e os CCF, aliados à promoção da LDS, criam-se condições propícias ao empoderamento parental, tornando as famílias mais capazes de reconhecer, interpretar e responder de forma adequada aos episódios de doença aguda. Este processo pode traduzir-se em intervenções mais eficazes, redução da ansiedade, melhoria da experiência parental e, consequentemente, melhores resultados em saúde para a criança. Assim, ao planear intervenções baseadas nestes modelos, o enfermeiro não só melhora a adesão aos cuidados e reduz a incerteza associada à doença, como também fortalece a LDS, promovendo a procura e a interpretação crítica da informação disponível[11,41,42].

A Estratégia Única dos Direitos da Criança e do Jovem 2025-2035, orientadora das políticas públicas nesta área, reconhece de forma clara a relevância da LDS, do acesso seguro à informação *online* e da proteção de dados no ambiente digital. Entre as oito estratégias, a Estratégia 6 - Segurança na Era Digital, sublinha a necessidade de garantir que crianças e jovens usufruam do mundo digital de forma segura, e que as famílias estejam preparadas para apoiar esse uso responsável[9]. Considerando que, até ao primeiro ano de vida, são as famílias que procuram informações e detêm da tomada de decisão relacionadas com a saúde da criança, a intervenção do EEESIP deve ser direcionada para o empoderamento parental[42].

Ao assumir um papel ativo na orientação das famílias quanto à utilização de informação digital sobre saúde, o EEESIP contribui para a concretização destes objetivos estratégicos, apoiando a criação de ambientes digitais mais seguros e promovendo uma tomada de decisão consciente e partilhada no processo de cuidado. Esta intervenção não se limita à transmissão de conteúdos, mas inclui também o desenvolvimento de competências que promovam a autonomia, o pensamento crítico e o empoderamento

parental[42]. Adicionalmente, esta estratégia realça a importância da LDS e da participação ativa das famílias nos processos de decisão, reforçando a necessidade de desenvolver competências digitais críticas e garantir o acesso a informação fidedigna e acessível[9].

Tendo em conta a problemática identificada, o enfermeiro especialista na sua área de competências específicas, tal como consta no enunciado descritivo 3 - "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem"[12,p.19194], releva a sua importância ao aprovisionar as famílias da tomada de decisão responsável, promovendo a LDS através da disponibilização de informação pertinente, atualizada e fidedigna[12,43]. Esta responsabilidade está também em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, que destacam a importância de apoiar as famílias no seu papel central, especialmente no primeiro ano de vida, garantindo práticas baseadas na evidência e adequadas ao estádio de desenvolvimento da criança[44].

Nesse sentido, a LDS constitui uma ferramenta fundamental para responder às necessidades emergentes. A OMS, alinhada com esta perspetiva, emana *guidelines* que recomendam a utilização de meios digitais como estratégias de comunicação eficazes, adaptadas ao cliente, com vista à promoção da saúde neonatal e infantil - desde que sejam devidamente atendidas as preocupações com o conteúdo sensível e política da privacidade dos dados[45].

Perante os desafios identificados, o EEESIP desempenha um papel essencial na promoção da saúde, prevenção da doença e resposta às necessidades específicas da criança e da sua família. Com competências avançadas e conhecimento aprofundado do desenvolvimento infantil, o enfermeiro especialista encontra-se particularmente habilitado para avaliar, intervir e educar em contextos de saúde e doença, assegurando cuidados seguros, humanizados e baseados na melhor evidência. No contexto da gestão da doença aguda no primeiro ano de vida, a sua atuação é fundamental na promoção da LDS, no acesso à informação fidedigna e no fortalecimento da confiança familiar. Promover a LDS, à luz do modelo de Pender, contribui para o empoderamento das famílias, preparando-as para reconhecer sinais de alerta, gerir de forma mais eficaz os episódios de doença aguda e adotar comportamentos preventivos. Desta forma, reforça-se a importância da capacitação e do empoderamento familiar, elementos que potenciam a participação ativa no processo de decisão e contribuem para a qualidade dos cuidados, a redução de complicações e a melhoria dos resultados em saúde pediátrica.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

Durante o percurso formativo no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi possível aplicar e aprofundar conhecimentos técnicos e científicos em contexto clínico, sustentando os cuidados de enfermagem na evidência científica mais atual. Esta fundamentação resultou da consolidação dos conteúdos abordados nas unidades curriculares, da experiência profissional prévia e da revisão da literatura realizada ao longo dos estágios.

O percurso foi estruturado em quatro subcapítulos, correspondentes aos contextos de Cuidados na Comunidade (CC), Internamento de Neonatologia (IN), Urgência Pediátrica (UP) e Internamento de Pediatria (IP), apresentados por ordem cronológica. Em todos os contextos, a intervenção teve como foco a promoção da LDS e o empoderamento parental na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida, em articulação com a equipa de enfermagem.

O estágio de natureza profissional desenvolveu-se em dois módulos, integrando uma prática direta de cuidados especializados, alicerçada nos princípios éticos e deontológicos. O Módulo I, realizado entre 14 de novembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, teve como foco a identificação de necessidades em cada contexto de estágio, através da observação, do diálogo com as equipas e da recolha de dados. Esta etapa permitiu a elaboração do diagnóstico de situação e a reformulação do plano de projeto (Apêndice B), ajustando os objetivos, atividades, critérios de avaliação e recursos às especificidades de cada contexto, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Como apoio à formalização deste plano de projeto, realizou-se um cronograma das atividades aplicadas no módulo I (Apêndice C) e um cronograma provisório de atividades a aplicar no módulo II (Apêndice D).

O Módulo II, decorrendo entre 4 de março e 23 de julho de 2025, centrou-se na implementação das atividades delineadas e na monitorização dos respetivos critérios de avaliação, permitindo operacionalizar as estratégias definidas e consolidar práticas sustentadas na evidência científica, em resposta aos objetivos previamente estabelecidos.

Este percurso contribuiu de forma significativa para a articulação entre os conhecimentos adquiridos e a prática especializada. A diversidade de experiências vivenciadas ao longo do percurso favoreceu o desenvolvimento e consolidação de

competências fundamentais para o exercício profissional, quer no âmbito das competências comuns do EEE, quer das competências específicas do EEESIP e pelas competências para obtenção do grau de Mestre, definidas no Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa.

No plano de projeto foram definidos cinco objetivos transversais a todos os contextos de estágio, acompanhados de atividades específicas para a sua concretização. O primeiro objetivo transversal consistiu em: **Conhecer a estrutura e dinâmica dos diferentes contextos de estágio**.

Para dar resposta a este objetivo, foram desenvolvidas as seguintes atividades: Realização de uma reunião/ entrevista com a Enfermeira Gestora (EG) e a Enfermeira Supervisora Clínica (ESC), durante a qual apresentei o plano de projeto incluído no pré-relatório. Seguiu-se uma visita ao serviço e apresentação à equipa multidisciplinar, permitindo-me observar diretamente os contextos, conhecer a estrutura física, integrar-me na equipa multidisciplinar e realizar uma análise das normas, protocolos de serviço e instrumentos de educação para a saúde/ capacitação parental – relativos à temática. A concretização destas atividades constituiu a base para o diagnóstico situacional, articulando-se com as atividades do segundo objetivo: **Identificar a perceção dos enfermeiros e das famílias relativamente às necessidades dos RN/latentes na gestão da doença aguda.**

Para o cumprimento do segundo objetivo, foram realizadas as seguintes atividades: Apreciação das necessidades das famílias dos RN/latentes, com recurso a um questionário aos enfermeiros pelo *Google Forms®,* adaptado à realidade de cada serviço. Esta recolha de dados, de carácter exploratório, foi complementada com a análise crítica dos materiais de apoio existentes - como orientações internas, folhetos informativos e conteúdos utilizados na capacitação parental - permitindo uma avaliação mais abrangente e fundamentada das práticas em vigor. Os dados obtidos (Apêndices E, F, G e H) foram analisados e interpretados de forma reflexiva, sustentando o planeamento das atividades a desenvolver, a elaboração do projeto de formação, a implementação das atividades e posterior avaliação das atividades desenvolvidas. Os resultados decorrentes da concretização destes dois objetivos encontram-se descritos de forma detalhada nos respetivos subcapítulos deste relatório, seguindo uma metodologia idêntica.

Ainda, no âmbito do segundo objetivo surgiu a atividade: análise da utilização da *internet*, como fonte de informação por parte da família, acerca da gestão da doença aguda. Esta foi realizada através da auscultação das famílias durante a prestação direta de cuidados, após consentimento informado, de modo a apoiar o diagnóstico de situação nos diferentes contextos. Esta recolha visou identificar métodos de pesquisa de informação sobre a saúde infantil, por parte das famílias, com especial enfoque na gestão da doença aguda, prevenção e segurança dos RN/latentes. O propósito deste processo centrou-se na identificação de uma abordagem eficiente que permitisse responder às necessidades específicas de cada família, ajustando os cuidados às suas particularidades.

Nos CC foram inquiridas 15 famílias, das quais nove (60%) recorriam frequentemente ao *Google*® para esclarecer dúvidas sobre o estado de saúde dos filhos. As restantes seis (40%) procuravam orientações junto de familiares, farmacêuticos ou amigos. Verificou-se que nenhuma família mencionou o enfermeiro como fonte de informação, justificando tal ausência com a dificuldade em obter resposta em tempo útil. No IN foram auscultadas 4 famílias, sendo possível determinar que 100% destas recorriam frequentemente à *interne*t, quando se encontram já em casa, para obter informações e esclarecer dúvidas sobre alterações do estado de saúde dos filhos. Referiram ainda que, após pesquisarem *online,* acabavam por esclarecer eventuais dúvidas com os enfermeiros e médicos aquando do regresso ao serviço.

No contexto da UP foram auscultadas 9 famílias, das quais sete (78%) recorriam frequentemente à *internet* e familiares próximos para identificar causas/sintomas presentes nos filhos. Referiram ainda que nem sempre ficavam esclarecidas, necessitando por vezes de contactar a linha SNS 24 ou de recorrer presencialmente ao serviço de urgência. Entre as famílias que mencionaram não recorrer à *internet*, uma mencionou não ter essa necessidade por ter relação estreita com a pediatra assistente e outra referiu procurar informação junto de um familiar enfermeiro. Por fim, no IP foram inquiridas três famílias, tendo verificado que a totalidade (100%) destas recorriam frequentemente à *internet*, bem como a familiares e amigos, para identificar causas e/ou sintomas presentes ou esclarecer eventuais dúvidas relativas à segurança dos filhos.

De forma global, os dados recolhidos nos quatro contextos permitiram apurar a frequência com que as famílias recorriam à *internet* como fonte de informação para a gestão da saúde e segurança das crianças. Estes resultados encontram-se sintetizados no Gráfico 1.

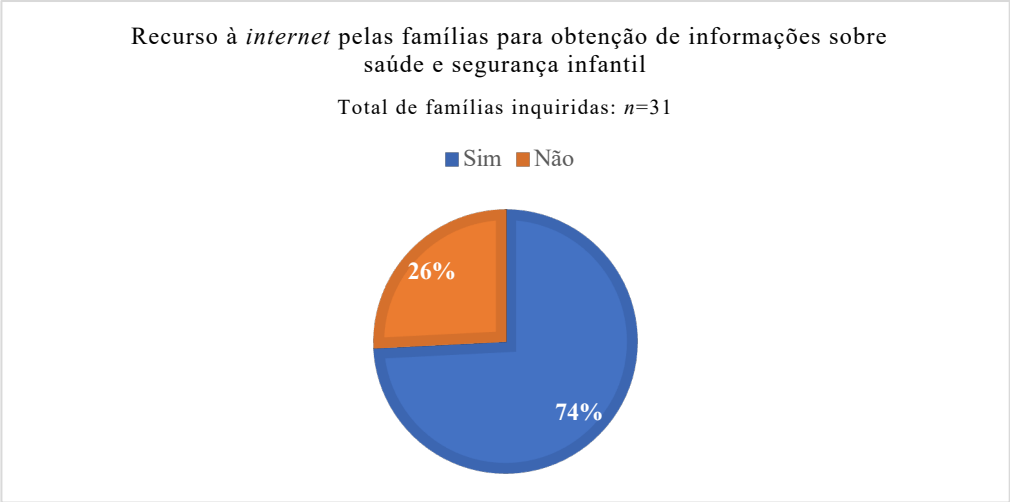

Gráfico 1 - Percentagem de famílias que recorrem à *internet* para procurar informação sobre saúde e segurança dos RN/lactentes, nos quatro contextos clínicos analisados.

De forma global, 74% (n=23) das famílias inquiridas recorrem frequentemente à *internet* como fonte de informação para gerir questões relacionadas com a saúde dos filhos, enquanto os restantes 26% (n=8) referem recorrer a fontes alternativas, como profissionais de saúde, familiares ou amigos. Estes resultados, representados no gráfico 1, revelam a expressiva presença da *internet* no processo de tomada de decisão parental, o que vem reforçar a pertinência da avaliação realizada e a concretização do segundo objetivo. Neste sentido, destaca-se a importância de capacitar as famílias na procura e interpretação de informação digital confiável**,** promovendo o empoderamento parental na era digital[18,22,25,26,29,30].

A concretização destes dois objetivos, permitiu mobilizar competências comuns de EEE, nomeadamente no **Domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal**, assegurando uma atuação informada e consciente do seu enquadramento legal e deontológico, e no **Domínio D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, através da análise crítica dos contextos e da adaptação do plano de projeto às necessidades observadas[13].

A auscultação das famílias e a identificação das suas práticas na procura de informação em saúde evidenciaram oportunidades relevantes de intervenção, sobretudo no domínio da promoção da LDS. A análise destes dados revelou padrões e lacunas no acesso a fontes de informação fidedigna, destacando diferentes níveis de perceção quanto à qualidade e utilidade da informação disponível. Estes achados alinham-se com os pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, ao reconhecerem que a

perceção individual (como a perceção de benefícios e barreiras) e os fatores situacionais (como o acesso a recursos digitais ou o suporte familiar) influenciam diretamente a motivação e a adoção de comportamentos promotores de saúde[10]. Neste sentido, a promoção da LDS pode ser entendida como uma estratégia facilitadora para aumentar a perceção de autoeficácia das famílias, reduzir barreiras percebidas e, assim, promover uma participação mais ativa e segura na gestão da doença aguda da criança durante o primeiro ano de vida[18,22,25,26,29]. Assim, as evidências recolhidas serviram de base para delinear estratégias que potenciem o empoderamento das famílias, com foco na sua capacidade de tomar decisões informadas e seguras.

Dando continuidade ao percurso desenvolvido, o terceiro objetivo transversal consistiu em: **Desenvolver competências especializadas para a maximização da saúde e prevenção da doença na criança e no jovem**. A concretização deste objetivo foi possível através da atividade prestação/observação participativa nos cuidados de enfermagem especializados, centrados na criança/jovem e família, com foco no primeiro ano. Contudo, tendo em consideração a especificidade de cada contexto clínico, foi possível prestar cuidados diretos a uma faixa etária alargada, abrangendo desde o RN prematuro até ao adolescente. De ora em diante assume-se o termo criança desde o RN prematuro até ao adolescente, sempre que não for nomeada a faixa etária em análise.

Estas competências foram particularmente evidenciadas na prestação de cuidados ao longo de um amplo espectro de situações, desde a vigilância e promoção da saúde da criança saudável nos CC, até intervenções diferenciadas em situações de maior complexidade, como a instabilidade dos RN no IN, situações de crianças de urgência/emergência na UP e o acompanhamento de crianças com doença crónica no IP. Em todos estes contextos, enquanto futura EEESIP, assumi um papel ativo no acompanhamento das famílias em situações de maior vulnerabilidade, promovendo o apoio emocional e facilitando a tomada de decisão informada. A intervenção centrou-se sempre na criança e na sua família, respeitando a singularidade do seu desenvolvimento e dinâmicas familiares, promovendo a adaptação às diferentes transições de saúde e investindo na capacitação e empoderamento parental[2,10,42].

Mobilizei as competências específicas do EEESIP na sua globalidade, nomeadamente: **Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do**

desenvolvimento da criança e do jovem[12, p. 19192]**.** A prestação de cuidados teve como alicerce os princípios consagrados nos Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada, assegurando a proteção da dignidade, da privacidade, do bem-estar emocional e o direito à informação adequada ao seu estadio de desenvolvimento[46,47]. Concomitantemente, privilegiei a criação de uma relação terapêutica segura, promotora de confiança, escuta ativa, esperança e autonomia, reconhecendo estes elementos como fundamentais para um cuidado ético, humanizado e especializado ao binómio criança-família[40,48-50]. Estes princípios encontram ressonância no Modelo de Parceria de Cuidados e nos CCF, que valorizam a família como elemento central no processo de cuidar, promovendo a colaboração ativa, o respeito mútuo e a tomada de decisão partilhada[11,40]. Esta abordagem está também em consonância com os pressupostos da Teoria das Transições de Afaf Meleis, que enfatiza a importância do apoio individualizado durante períodos de mudança – como o nascimento de um filho ou a vivência da doença aguda – reconhecendo que a adaptação bem-sucedida exige intervenções que promovam competência, confiança e suporte contínuo[2]. Assim, ao integrar estes princípios, reforça-se a importância de um acompanhamento sensível, capaz de valorizar a experiência única de cada família e favorecer o seu empoderamento ao longo do processo de cuidar[41].

Foram igualmente mobilizadas competências comuns do EEE, com destaque para o **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**[13, p. 4746]**,** assegurando o cumprimento dos princípios ético-deontológicos da profissão; a competência **B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro**[13, p. 4747-4748]**,** demonstrada na proteção da integridade física e emocional da criança e na gestão de riscos no ambiente de cuidados; o **Domínio da Gestão dos Cuidados**[13, p.4748-4749]**,** evidenciado através do acompanhamento da ESC e da colaboração direta com a EG durante cinco turnos na UP, onde tive participação ativa na organização da equipa, elaboração de horários, distribuição dos enfermeiros por postos de trabalho e articulação com os serviços logísticos e farmacêuticos; e, por fim, no **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**[13, p. 4749-4750], refletido na adaptação crítica da prática às exigências dos contextos, promovendo o aperfeiçoamento contínuo das competências técnicas e relacionais.

Neste sentido, e em coerência com a complexidade do percurso vivido, emergiu a necessidade de desenvolver uma análise reflexiva, crítica e sistematizada, que acompanhasse o crescimento profissional decorrente da prática clínica especializada e

traduzisse a articulação entre a experiência previamente adquirida e os desafios vivenciados nos diferentes contextos de estágio.

Numa fase inicial, ainda no módulo I, nos contextos de CC (Apêndice I) e IN (Apêndice J) foram realizadas reflexões de natureza mais abrangente, centradas na observação/participação crítica da prática, no confronto com novas realidades e na autoavaliação contínua do desempenho enquanto enfermeira especialista em formação.

À medida que o estágio progredia e os desafios se intensificavam, surgiu a necessidade de aprofundar esse processo reflexivo, estruturando-o com base num referencial teórico. Assim, optou-se por utilizar o Ciclo de Reflexão de Gibbs[51,52], que orientou a construção de reflexões fundamentadas sobre situações concretas vivenciadas nos contextos da UP (Apêndice K) e do IP (Apêndice L). Esta metodologia reflexiva permitiu analisar as situações de forma mais crítica, identificar aprendizagens significativas e consolidar competências, promovendo uma prática mais consciente, segura e fundamentada.

Assim, a prática clínica especializada aliada ao processo reflexivo sistematizado revelou-se fundamental para consolidar as competências do EEESIP e impulsionar a necessidade de aprofundar conhecimentos, partilhar saberes e contribuir ativamente para a valorização da enfermagem enquanto disciplina.

Neste seguimento, emergiu o quarto objetivo transversal: **Prestar cuidados seguros e de qualidade, dando resposta às necessidades da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sustentada na prática baseada na evidência**. Este objetivo ancorou-se na participação em atividades científicas, na pesquisa orientada pela evidência e na promoção do pensamento crítico, dimensões essenciais do exercício de enfermagem avançada e da consolidação das competências de mestre.

Assim, para sustentar todas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, recorri sistematicamente à pesquisa em bases de dados científicas, como a *CINAHL*, *MEDLINE*, *SciELO* e *PubMed*, entre outras; complementadas por pesquisa de literatura cinzenta – como documentos institucionais, documentos orientadores da prática profissional e outros artigos de cariz científico. Em cada contexto, as pesquisas foram direcionadas e ajustadas às necessidades previamente identificadas, sustentando as respostas aos objetivos específicos descritos nos respetivos subcapítulos. Esta prática possibilitou fundamentar a tomada de decisão clínica com base na melhor evidência

disponível, assegurando a qualidade, a segurança e a pertinência das intervenções realizadas.

A translação do conhecimento constituiu uma prioridade, sendo operacionalizada através da aplicação prática de recomendações baseadas na evidência, adaptadas às necessidades específicas da criança e da sua família em cada contexto de estágio. A divulgação do conhecimento foi igualmente promovida através da participação ativa em eventos científicos, quer enquanto preletora, quer enquanto coautora de pósteres científicos.

Neste sentido, paralelamente à prestação de cuidados especializados, identificou-se a necessidade de aprofundar conhecimentos em áreas específicas emergentes da prática, que reforçaram a qualidade dos cuidados prestados. Assim, frequentei a *14.ª Reunião Pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier – ULS Lisboa Ocidental* (Anexo I), bem como o *Curso ABC Diabetes* (Anexo II), nela integrado. Durante a reunião foram abordadas temáticas importantes para o contexto de CC, referentes ao desenvolvimento infantil, cuidados em viajar com crianças desde a imunização aos cuidados básicos, introdução da alimentação complementar integrando, ainda, as dietas alternativas (vegetarianas e suas variantes) e os cuidados a ter no seu seguimento. Já o curso, abordou os princípios gerais da Diabetes tipo 1, a sua crescente prevalência em idade pediátrica e os riscos associados a episódios de hipoglicémia e hiperglicemia. Foram também exploradas estratégias de integração escolar e a importância do apoio emocional contínuo à criança/jovem e respetiva família, destacando-se o papel do enfermeiro nesta gestão. A componente prática permitiu o contacto com dispositivos como as canetas de insulina e sistemas de perfusão subcutânea contínua, com aplicabilidade direta nos contextos da UP e do IP.

Ainda neste domínio, participei no *Workshop de Procedimentos em Neonat*ologia/*Pediatria* (Anexo III), no âmbito do *IX Encontro Nacional da APEPEN – Cuidados Pediátricos Integrados: Abordagens Multidimensionais* (Anexo IV), onde foram aprofundadas competências relacionadas com o manuseamento de bombas de insulina e a intervenção de enfermagem na diálise peritoneal, essenciais à abordagem de crianças com doença crónica, e à resposta individualizada às suas necessidades e às das suas famílias.

Direcionado para a prestação na UP, frequentei o *Curso de Trauma em Urgência* (Anexo V), promovido pela Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, que forneceu

ferramentas práticas para a avaliação e mobilização segura da criança traumatizada, assegurando a estabilização clínica e a minimização de riscos.

Com aplicabilidade transversal, o *Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos* Antimicrobianos – sessões 1, 2 e 3 (Anexo VI) reforçou conhecimentos sobre práticas seguras e na prevenção da transmissão cruzada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em todos os contextos de estágio.

No âmbito do desenvolvimento infantil, frequentei os *Webinars "Brincar é Aprender"* (Anexo VII) e *"Sono na Criança/Jovem: Vamos continuar a dormir sobre o assunto?"* (Anexo VIII), cujo conteúdo se revelou essencial na promoção do bem-estar emocional, da autorregulação e do vínculo afetivo, quer no contexto hospitalar, quer na comunidade.

Articulando com a temática do projeto, o *Webinar "Enfermagem Digital e o Uso da Inteligência Artificial"* (Anexo IX) proporcionou uma reflexão crítica sobre os desafios e potencialidades da transformação digital nos cuidados, sublinhando o papel do enfermeiro na promoção da LDS junto das famílias.

No âmbito dos cuidados em fim de vida, o *Webinar do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos em Pediatria* (Anexo X) proporcionou uma abordagem humanizada e centrada na família, com grande relevância nos contextos da UP e do IP, onde o cuidado empático, a escuta ativa e a comunicação são determinantes.

Por fim, participei no *VIII Encontro Nacional da APEPEN – Construindo o futuro do SIP: Inovação, Qualidade e Segurança em debate* (Anexo XI), no *II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem – "Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"* (Anexo XII) e na *III Convenção Internacional dos Enfermeiros – "Tempo de Respostas"* (Anexo XIII) permitiu refletir sobre temáticas emergentes, como a inclusão e diversidade de género na infância e adolescência, bem como os desafios éticos e sociais atuais, ampliando a perspetiva crítica e a prática informada no cuidado especializado.

E enquanto agente ativo na dinamização científica, participei como coautora no *1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz vermelha Portuguesa Lisboa*, com a elaboração do póster científico intitulado de *Cuidados Centrados na Família no Desenvolvimento e Autorregulação do Recém-Nascido* (Anexo XIV), e no *X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem*,

com o póster científico *Autorregulação Neonatal: uma abordagem centrada na família* (Anexo XV). Adicionalmente, como autora e preletora no *IX Encontro Nacional da APEPEN*, apresentando o póster científico *Negligência Infantil – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica* (Anexo XVI).

Ainda, desenvolvi uma Revisão Sistemática da Literatura intitulada **"***Brincadeira Terapêutica como Estratégia de Comunicação nos Cuidados à Criança: Revisão Sistemática da Literatura"*, cujo o resumo se encontra em apêndice (Apêndice M), com o objetivo de submissão para publicação, demonstrando o compromisso com o desenvolvimento da disciplina e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Estas atividades, para além de promoverem o desenvolvimento de competências comuns do EEE no **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**[13]**,** ao garantir cuidados informados, atualizados e adaptados às necessidades da criança e da sua família, também, mobilizou competências de mestre, nomeadamente:

a) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde[14, p.124]**;**

b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético - deontológicos[14, p.124]**;**

d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada[14, p.124].

A participação em encontros e eventos científicos representou uma oportunidade fundamental de aprendizagem, permitindo o contacto com investigação recente, experiências inovadoras e práticas baseadas na evidência. Para além do enriquecimento pessoal e profissional, estas iniciativas favoreceram o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e éticas e possibilitaram a partilha e disseminação de conhecimento atualizado, através da apresentação de projetos e experiências desenvolvidos nos contextos de estágio. Este envolvimento contribuiu para o avanço da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e para a promoção de uma prática crítica, reflexiva e eticamente sustentada, com impacto direto na melhoria contínua e na qualidade dos cuidados prestados à criança e à sua família.

Neste percurso de aprofundamento profissional, evidenciou-se também, a necessidade de responder de forma inovadora e sustentada aos desafios identificados no decurso do estágio, nomeadamente no que diz respeito ao acesso das famílias à informação em saúde. A constatação da elevada utilização da *internet* como fonte de esclarecimento sobre sinais e sintomas na criança, muitas vezes sem validação científica, revelou uma oportunidade de intervenção centrada na promoção da LDS[15-26]. Assim, emerge o quinto objetivo transversal: **Promover a literacia digital em saúde das famílias para a gestão da doença aguda na criança, no primeiro ano de vida.**

Partindo da auscultação das famílias, realizada nos quatro contextos de estágio, foi possível compreender o papel preponderante da *internet* na procura de informação em saúde. Contudo, emergiram dúvidas, inseguranças e receios por parte das famílias quanto à fiabilidade das fontes consultadas, traduzindo-se numa vulnerabilidade que pode comprometer a tomada de decisão. A literatura reforça esta preocupação, sublinhando a importância dos profissionais de saúde enquanto agentes privilegiados na mediação entre a evidência científica e o cidadão, promovendo literacia, confiança e segurança na gestão da saúde familiar[22,53].

Neste sentido, surgiu a criação da página de *Instagram®* denominada *PediArtCare*, uma ferramenta digital que se encontra em fase de construção e desenvolvimento, com previsão de abertura à comunidade apenas após a prova pública. Esta plataforma visa reforçar o papel ativo das famílias na gestão da doença aguda da criança no primeiro ano de vida, através de conteúdos acessíveis, claros e cientificamente validados.

Organizada em separadores nos destaques da página, prevê-se a abordagem de temas estruturantes como: parentalidade, alimentação, prevenção de acidentes, vacinação, sinais e sintomas mais comuns, entre outros. Os conteúdos serão apresentados de forma visual e intuitiva, recorrendo a vídeos curtos, infografias e mensagens-chave, pensadas para facilitar a compreensão e aplicação prática. Está igualmente previsto um espaço de interação entre as famílias e os coordenadores da página, com o objetivo de responder a dúvidas e promover um ambiente seguro de aprendizagem.

Para garantir a atualidade e a pertinência dos conteúdos, será integrada uma equipa de consultores especializados, nomeadamente EEESIP, que possuem conhecimentos e competências diferenciadas, que possam dar resposta às necessidades identificadas, reforçando o compromisso com a fiabilidade da informação partilhada[18,22,25,26,29,30].

Prevê-se que a página inclua hiperligações para fontes reguladoras e oficiais, promovendo o acesso autónomo a páginas credíveis e alinhadas com as recomendações atuais.

A avaliação da qualidade e relevância desta página da *internet* no domínio da saúde vai considerar não apenas critérios formais de fiabilidade da informação, mas também indicadores de alcance digital e de envolvimento dos utilizadores. Neste contexto, o número de visitas à página e a natureza dos comentários realizados pelos utilizadores constituirão elementos complementares que permitirão aferir o impacto, a utilidade e a pertinência dos conteúdos divulgados.

O volume de acessos pode ser entendido como um indicador indireto de visibilidade e procura por parte do público, refletindo o interesse suscitado pelos temas abordados e a potencial utilidade prática da informação partilhada. Já os comentários – quando expressam elogios, colocam dúvidas pertinentes ou complementam a informação existente – representam formas de interação ativa que irão enriquecer o conteúdo da página e promover um processo de construção coletiva do conhecimento. Esta dinâmica interativa está em consonância com os princípios da LDS, ao favorecer ambientes de aprendizagem, esclarecimento e partilha entre pares[31-33].

Contudo, estou consciente que a análise deste tipo de indicadores deve ser realizada de forma crítica. A popularidade de uma página ou a frequência de comentários não garante, por si só, a veracidade ou qualidade científica da informação. Assim, estes elementos devem ser considerados complementares aos critérios tradicionais de avaliação – como a autoridade do autor, a atualização dos conteúdos, a existência de referências científicas e a objetividade da informação – permitindo uma visão mais abrangente sobre o desempenho e o impacto real da página na comunidade utilizadora.

Deste modo, integrar métricas de envolvimento digital na avaliação da página de *Instagram*® pode contribuir para uma melhor compreensão da eficácia comunicativa dos conteúdos, bem como do seu papel na promoção da literacia em saúde, especialmente quando se trata de empoderar as famílias no acesso e utilização responsável da informação *online*.

Mais do que uma estratégia de comunicação, esta intervenção digital pretende ser um instrumento de empoderamento parental, promovendo decisões mais informadas, seguras e conscientes. Ao disponibilizar informação de qualidade, em linguagem acessível, este projeto visa reduzir a ansiedade associada à incerteza e às transições

vivenciadas pelo binómio criança-família[2], minimizar o recurso inadequado aos serviços de saúde e reforçar a relação de proximidade com os enfermeiros. Pretende-se, assim, promover ganhos efetivos em saúde, através do aumento da LDS das famílias, da adoção de comportamentos preventivos e da melhoria dos resultados em saúde infantil, nomeadamente na gestão precoce e eficaz da doença aguda no primeiro ano de vida[10].

Neste processo, procura-se mobilizar as competências inerentes ao exercício profissional especializado, desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, com destaque para a análise crítica, a capacidade de resposta inovadora às necessidades reais e a translação do conhecimento científico para contextos práticos. Estas dimensões sustentam uma prática de cuidados mais seguros, humanizados e centrados na família.

Assim, este objetivo representa não só uma resposta às necessidades concretas identificadas nos estágios, mas também um compromisso com a construção de uma enfermagem mais próxima, mais presente e mais informada, alinhada com os desafios do presente e as exigências do futuro.

Concluída a apresentação dos objetivos transversais que orientaram este percurso, seguem-se os subcapítulos referentes aos quatro contextos clínicos, onde serão detalhados o diagnóstico de situação, os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, articulando com as competências de mestre, comuns e específicas.

III.1. Cuidados na Comunidade

O estágio dos CC foi desenvolvido em dois momentos distintos: o Módulo I, entre 14 de novembro e 1 de dezembro de 2024, dedicado à observação participativa nos cuidados de enfermagem especializados e ao diagnóstico de situação; e o Módulo II, entre 24 de fevereiro e 30 de março de 2025, centrado na prestação de cuidados de enfermagem e na implementação do projeto previamente delineado, o que permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas e de mestre.

III.1.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação

Estruturalmente dispõe de seis gabinetes para consultas multidisciplinares: dois destinados à saúde da mulher e quatro à vigilância de saúde infantil, realizadas por

médicos e enfermeiros. Conta ainda com sala de reuniões, sala de espera e uma "Sala de Brincar".

A equipa de enfermagem é composta por dois EEESIP responsáveis pela consulta de vigilância infantil, sendo que um desempenha também funções de gestor e ligação ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NACJR); um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) igualmente envolvido nas consultas de vigilância e com ligação ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); três Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, responsáveis por consultas autónomas na área da gravidez e planeamento familiar; e um enfermeiro com formação avançada em nutrição e diabetes, que presta cuidados a crianças e grávidas, referenciando para as especialistas sempre que necessário. O método de trabalho da equipa de enfermagem na consulta infantil baseia-se no conceito de enfermeiro de referência, promovendo o trabalho colaborativo e a delegação de intervenções para garantir a continuidade dos cuidados[54]. A equipa médica integra três médicas, uma de Medicina Geral e Familiar e duas pediatras.

Neste serviço, são acompanhadas crianças sem médico de família, desde o nascimento até aos 2 anos, referenciadas através de uma plataforma digital. As consultas permitem avaliar o desenvolvimento infantil e, quando necessário, proceder à referenciação para especialidades. Realizam-se ainda sessões de educação para a saúde conforme necessidades identificadas em consulta. Está em curso um projeto liderado pelo EEER dirigido a crianças com necessidades complexas do foro respiratório, oro-motoras e motoras.

No âmbito do diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião com a EG/ESC, onde se analisaram os documentos orientadores da prática da unidade e o pré-relatório. Verifiquei a inexistência de materiais informativos, em papel ou formato digital, sobre cuidados antecipatórios em contexto de doença aguda, fundamentais para o empoderamento das famílias. A sua inexistência torna-se ainda mais relevante tendo em conta que o PNSIJ preconiza a valorização dos cuidados antecipatórios como estratégia promotora de saúde e de prevenção da doença[4]. A EG/ESC confirmou esta lacuna como uma necessidade sentida, ainda não colmatada, salientando que se trata de um projeto piloto em desenvolvimento há cerca de um ano.

Neste sentido, foi realizado um questionário, para fins académicos, à equipa de enfermagem, confirmando-se que a necessidade das famílias dos RN/latentes identificada

era transversal à equipa. A análise global dos resultados do questionário (Apêndice E) validou objetivamente esta perceção: 75% (n=3) dos enfermeiros reconhecem o meio digital como um recurso relevante na disponibilização de informação parental e 100% (n=4) atribuíram elevada importância à existência de instrumentos informativos sobre situações de vómitos e diarreia. Adicionalmente, 75% (n=3) consideraram essencial reforçar os conhecimentos da equipa sobre estas temáticas durante o primeiro ano de vida, justificando-se pelo facto de, segundo a literatura, as patologias gastrointestinais – nomeadamente a diarreia e os vómitos – constituírem alguns dos motivos de procura mais recorrentes dos serviços de saúde nesta faixa etária[34,36-38]. Também foram identificadas, em resposta aberta, outras áreas prioritárias como febre e sintomas respiratórios, reforçando a necessidade de alargar os conteúdos. Estes dados refletem uma concordância expressiva entre os profissionais quanto à importância de desenvolver recursos informativos acessíveis, atualizados e baseados em evidência científica, sustentando de forma robusta o diagnóstico de situação e fundamentando a proposta de intervenção.

A equipa de enfermagem reúne-se quinzenalmente, para discussão de casos e propostas de melhoria. Numa destas reuniões foi-me possível apresentar os resultados, dos quais emergiu a necessidade de realizar um folheto informativo sobre os cuidados à criança com diarreia e vómitos. Bem como, a realização de um instrumento informativo sobre a febre, por ser um dos sintomas mais abordado nas consultas de vigilância de saúde, nomeadamente porque está associado ao processo de vacinação e um dos sinais de alerta a ter em conta no RN[4,34]. Foi negociado com a EG/ESC a possibilidade de afixar um cartaz informativo na sala de espera sobre a febre. Durante a negociação, destaquei benefícios, como a superação de barreiras linguísticas, permitindo às famílias analisarem previamente as informações e esclarecerem eventuais dúvidas durante a consulta. Assim, surgiu uma atualização ao plano de projeto inicialmente apresentado no pré-relatório.

Tendo em consideração as características socioculturais da população acompanhada, constituída maioritariamente por famílias emigrantes, considerei pertinente proceder à tradução para inglês de todos os documentos elaborados no âmbito da intervenção. Esta decisão teve como objetivo garantir o acesso equitativo à informação em saúde, promovendo a compreensão, a autonomia e o envolvimento ativo das famílias nos cuidados prestados à criança.

Esta estratégia está alinhada com os princípios dos CCF, que reconhecem a família como elemento central no processo de cuidado e valorizam a adaptação da comunicação

às suas necessidades, valores, cultura e preferências. Ao assegurar a acessibilidade linguística dos materiais informativos, facilita-se a participação informada das famílias, condição essencial para uma parceria de cuidados efetiva, onde a tomada de decisão é partilhada e sustentada no respeito mútuo[11,40].

Adicionalmente, esta abordagem responde aos pressupostos da Teoria das Transições de Afaf Meleis[2], ao reconhecer que processos migratórios, experiências de parentalidade e vivências associadas à doença aguda infantil constituem transições significativas que exigem apoio personalizado e sensível ao contexto cultural e linguístico das famílias. Assim, a tradução dos documentos para inglês não se limitou a um ato técnico e, para além de facilitar o acesso à informação, configurou-se como uma intervenção deliberada e fundamentada, centrada na família e promotora de equidade em saúde. Esta ação favoreceu a adaptação e a construção de competências, promovendo segurança, empoderamento e continuidade dos cuidados durante períodos de mudança e vulnerabilidade, facilitando uma transição saudável no contexto da parentalidade e do cuidado à criança.[2,11,42].

III.1.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências

A consolidação de competências comuns e específicas do EEESIP nos CC decorreu num ambiente de prestação de cuidados especializados com enfoque na vigilância de saúde infantil, participando ativamente na consulta de enfermagem, com enfoque na promoção do desenvolvimento, prevenção da doença e empoderamento/ capacitação parental[4,10,42].

Durante este percurso, foi-me possível desenvolver atividades diferenciadas, como a realização de ensinos sobre cuidados antecipatórios em idade-chave, intervir na gestão da dor associada à vacinação – privilegiando estratégias não farmacológicas como a amamentação – e promover o aleitamento materno. Colaborei na avaliação do desenvolvimento infantil, recorrendo à Escala de *Mary Sheridan* e ao M-CHAT-R, e referenciei crianças para avaliação especializada da EEER, sempre que identifiquei sinais de torcicolo, freio curto e/ou hipotonia[4] **(E2.2, E3.1, E3.2.) (C1.1)**.

Paralelamente, participei na construção de planos de cuidados individualizados, identifiquei e intervi em situações de risco com necessidade de referenciação de uma criança ao NACJR**,** mãe e criança vítimas de violência doméstica, e colaborei em reuniões

de equipa e em *workshops* dirigidos à comunidade. A multiculturalidade presente neste contexto exigiu ainda uma intervenção sensível à diversidade cultural e linguística, mobilizando competências de comunicação e adaptação na relação terapêutica com o binómio criança-família[50,51] **(E1.1., E1.2., E3.3) (A2.1, B3.1.)**.

Adicionalmente, a convite do enfermeiro responsável pelo PPCIRA, considerando a minha experiência profissional prévia, colaborei na organização dos pontos de desinfeção e lavagem das mãos, na fixação estratégica de sinalética promotora da higienização e na revisão de aspetos ligados à manutenção preventiva de materiais e equipamentos. Partilhei ainda, de forma informal, sugestões com a equipa sobre boas práticas nos momentos-chave da prevenção e controlo da infeção, segundo as indicações da DGS, contribuindo para a sensibilização e melhoria contínua dos cuidados prestados[55] **(A.1.2, B3.2.)**.

Com base no diagnóstico de situação previamente realizado, foi possível delinear um conjunto de objetivos e atividades ajustados às necessidades identificadas no contexto. Assim, foi estabelecido como primeiro objetivo específico: **Sensibilizar a equipa de enfermagem e família, para a importância dos cuidados na gestão da diarreia e vómito.** Para dar resposta a este objetivo, foi necessário realizar uma pesquisa em bases de dados científicas, com a equação de pesquisa [(*Vomiting OR Gastroenteritis OR Diarrhea*) AND (*Nurs* OR Pediatric Nursing*) *AND* (*Pediatrics OR Child OR Infant OR Newborn*)]. Posteriormente, foi realizado um documento orientador e uniformizador das práticas sobre a temática para a equipa de enfermagem, suportado por evidência científica atual (Apêndice N), a partir da qual foram concretizadas as seguintes atividades:

1. Realização de folheto informativo acerca da diarreia e vómito, que incluirá referências a *websites* fidedignos na *internet* para orientar as famílias sobre a temática (português e inglês) (Apêndice O). Para dar resposta à necessidade identificada no diagnóstico de situação, foi desenvolvido um folheto "Vómitos e Diarreia? O que devo fazer?", centrado na gestão da diarreia e dos vómitos ligeira na criança. O conteúdo foi elaborado com base na evidência científica atual e numa linguagem acessível, adequada ao nível de literacia da população-alvo **(E1, E3.3, B1.1, D2)**. O folheto contém orientações práticas sobre como distinguir vómitos e diarreia, sinais de alarme, medidas de hidratação, estratégias alimentares e quando recorrer aos cuidados de saúde diferenciados. De forma a reforçar a LDS[15,22,25,26], foi integrado um *QR Code* com

redireccionamento para páginas institucionais fidedignas, como a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), promovendo o acesso a fontes confiáveis e atualizadas (**B3.1**). O material foi submetido à apreciação do Supervisor Pedagógico (SP), da ESC e da EG, com posterior impressão e aprovação formal pela equipa de enfermagem.

A inclusão da versão em inglês justifica-se pela elevada representatividade de famílias emigrantes neste contexto clínico, que frequentemente não dominam a língua portuguesa, garantindo o acesso equitativo à informação em saúde.

2. Realização de cuidados antecipatórios à família sobre a gestão da diarreia e vómitos. A segunda atividade consistiu na prestação de cuidados antecipatórios às famílias, no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil, centrados na gestão da diarreia e vómitos. Durante o desenvolvimento da consulta autónoma de enfermagem, foi realizada a entrega do folheto informativo às famílias, sendo os conteúdos revistos e esclarecidos de forma individualizada (**E1, E3.3**).

Ao todo, foram entregues cinco folhetos, tendo uma das famílias partilhado um episódio recente com a filha de nove meses com diarreia e vómitos, durante o qual recorreu à *internet* em busca de respostas, sem sucesso, e acabou por se dirigir aos serviços de urgência. A entrega do folheto e a explicação do conteúdo revelaram-se, neste caso, particularmente úteis, permitindo clarificar comportamentos adequados e reforçar a confiança parental. Foi realizada a validação dos conteúdos junto de 100% das famílias intervenientes, as quais compreenderam integralmente a informação transmitida, conforme feedback direto recolhido durante os momentos de ensino. A ação permitiu reforçar os CCF e contribuiu para o empoderamento parental, capacitando as famílias para uma atuação informada, diminuindo o risco de procura inadequada de cuidados de saúde e a ansiedade associada à doença[42] (**E3.1., A1.1)**.

Dando continuidade ao diagnóstico de situação realizado, as respostas abertas do questionário aplicado à equipa de enfermagem revelaram, para além da preocupação com a diarreia e vómitos, a frequente abordagem da febre durante as consultas de vigilância de saúde infantil, sendo esta identificada como um dos sintomas mais comuns e geradores de ansiedade nas famílias[36]. Esta evidência, corroborada também pelas observações realizadas no contexto de estágio, reforçou a necessidade de desenvolver uma intervenção específica neste domínio.

Assim, emergiu o segundo objetivo específico para este contexto: **Sensibilizar a equipa de enfermagem e as famílias para a importância dos cuidados na gestão da**

febre. Para dar resposta a este objetivo, também foi necessário realizar uma pesquisa em bases de dados científicas, com a equação de pesquisa [(*Fever*) *AND* (*Nurs* OR Pediatric Nurse*) *AND* (*Pediatrics OR Child OR Infant OR Newborn*)]. Posteriormente, idêntico ao objetivo anterior, foi realizado um documento orientador e uniformizador das práticas sobre a temática para a equipa de enfermagem com evidência científica atual (Apêndice P) e posteriormente concretizadas as seguintes atividades:

1. Realização de cartaz informativo acerca da febre, que incluirá referências a páginas seguras na *internet* para orientar as famílias sobre a temática (português e inglês) (Apêndice Q). A estrutura do cartaz "Febre na Criança" foi dividida em duas partes – português e inglês – de forma a garantir a acessibilidade da informação a todas as famílias acompanhadas, muitas das quais não são fluentes em português. Após aprovação, o cartaz foi afixado na sala de espera da unidade, potenciando o acesso à informação enquanto as famílias aguardam atendimento (**B3.1**). O cartaz inclui um *QR Code* que direciona para um documento digital (Apêndice R), concebido por mim, que simula a navegação numa página *web*. Esta ferramenta, desenvolvida com linguagem clara e acessível, apresenta informação prática sobre a febre: definição, métodos de avaliação, sinais de alarme e sinais tranquilizadores, administração adequada de antipiréticos, medidas de conforto e critérios de referenciação para a Linha SNS 24 ou para o serviço de urgência **(E1).** Além disso, o recurso digital integra hiperligações para documentos oficiais da DGS e da SPP, fontes credíveis e atualizadas, que reforçam a LDS e promovem a consulta de informação baseada na evidência (**B3.1, C1.1, D2**). Esta abordagem está em consonância com as orientações da OMS[45] sobre a promoção da literacia em saúde digital e do uso responsável de fontes institucionais *online*.

2. Realização de cuidados de antecipatórios à família sobre a gestão dos cuidados em caso de febre. Durante os momentos de contacto na consulta de vigilância, foram prestados ensinos individualizados às famílias sobre os cuidados a ter em caso de febre, com base no cartaz informativo afixado. A informação foi validada junto de oito famílias, sendo ajustada consoante as suas dúvidas, experiências e contexto sociocultural (**E1, E3.3, C1.1**). Uma das famílias destacou um episódio passado de convulsão febril na filha, manifestando receios persistentes relacionados com a febre, o que permitiu uma intervenção mais dirigida à ansiedade e clarificação de sinais de alarme, incluindo o reforço da utilização do número de emergência médica, quando aplicável.

No caso desta família em particular, a experiência traumática anterior associada à febre tinha repercussões significativas no seu bem-estar emocional, a ponto de referirem receio de ter mais filhos e medo de reviver a situação. Esta resposta, marcada por insegurança e medo da perda, traduz claramente um processo de transição saúde-doença inacabado, conforme descrito por Afaf Meleis[2]. A intervenção centrada na escuta ativa, validação emocional e transmissão de conhecimento teve como objetivo facilitar a adaptação e restaurar o equilíbrio, promovendo maior confiança na sua capacidade de cuidar[48,50,56] (**A.1.1, B3.1, D1**).

Esta abordagem antecipatória revelou-se fundamental na preparação das famílias para situações futuras, promovendo maior segurança na interpretação dos sintomas e na tomada de decisão. Está alinhada com as recomendações do PNSIJ, que valoriza a educação em saúde como eixo central das consultas de vigilância e defende o reforço da literacia parental em situações de doença aguda, especialmente no primeiro ano de vida[4].

Em resposta aos dois objetivos específicos anteriormente descritos, foi desenvolvida uma atividade conjunta, consistindo numa sessão de apresentação à equipa de enfermagem dos instrumentos educativos elaborados, relativos à atuação em caso de vómitos, diarreia e febre. Para o desenvolvimento desta atividade, foi elaborado um plano de sessão (Apêndice S), que contempla os objetivos e os conteúdos programáticos. A sessão (Apêndice T) iniciou-se com uma introdução à problemática da necessidade de promover a LDS, seguindo-se a definição do conceito e a sua aplicabilidade na prática.

Posteriormente, foi partilhada evidência científica relativa aos cuidados a ter com a criança com vómitos, diarreia ligeira e febre, destacando-se a importância de diferenciar situações de gravidade e a promoção de cuidados seguros em contexto domiciliário. Foram também apresentadas páginas fidedignas, com vista a potenciar a LDS das famílias[26,27,29,30], bem como discutidas estratégias para a sua integração na prática, particularmente durante a consulta de enfermagem (**A.2.2, B1, D2**). Por fim, foi apresentada uma proposta para a documentação dos cuidados de enfermagem na plataforma *SClínico*®, com sugestões de registo associadas aos cuidados antecipatórios abordados, terminando-se a sessão com considerações finais e espaço para discussão (**C1.1, C2.2**).

A sessão foi inicialmente agendada para um dia previamente articulado com a EG/ESC, contudo, nesse mesmo dia verificou-se uma greve de enfermagem, o que

impossibilitou a participação da maioria da equipa. Ainda assim, a sessão foi realizada com um enfermeiro e duas médicas, que demonstraram interesse em participar na formação, o que promoveu a partilha de saberes com toda a equipa multidisciplinar que presta cuidados diretos à criança e respetivas famílias. No final, fui parabenizada pelo tema, tendo a equipa reconhecido o impacto que a desinformação digital pode ter no aumento da procura indevida de cuidados de saúde diferenciados por parte das famílias. Posteriormente, e a pedido dos restantes elementos da equipa de enfermagem, foi dinamizada uma nova sessão, com o objetivo de garantir a disseminação do conhecimento e a uniformização da prática. Esta segunda sessão contou com a presença de dois enfermeiros, o que, somando ao elemento presente na primeira sessão, correspondeu a 80% da equipa de enfermagem. O único elemento que não participou encontrava-se ausente por incapacidade temporária para o trabalho.

A avaliação da sessão de formação foi realizada através da aplicação de um questionário de satisfação, na plataforma *Google Forms*® respondido pela totalidade dos participantes (n=5). A análise reflexiva dos resultados (Apêndice U) revelou uma avaliação unânime, com 100% (n=5) dos profissionais a atribuírem a classificação máxima, 100%, em todas as dimensões avaliadas: domínio e clareza da exposição, definição de objetivos, capacidade de transmissão de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e pertinência dos conteúdos apresentados. Os instrumentos educativos desenvolvidos - folheto informativo "Vómitos e Diarreia: o que devo fazer?" e do cartaz "Febre na Criança" - foram igualmente considerados 100% pertinentes e aplicáveis à prática. A organização global da sessão, bem como a duração e adequação às expectativas iniciais, foram também avaliadas com a pontuação máxima por todos os respondentes. Entre os comentários facultativos, destacaram-se aspetos como a clareza da exposição e a relevância do tema para a prática atual em cuidados de saúde infantil (**E1, E3.3, B1.1, C1.1, D2**).

Para além das atividades previamente descritas, desenvolvidas em alinhamento com os objetivos delineados para o estágio, tive a oportunidade de ver reconhecidas as minhas competências profissionais e formativas ao ser convidada a integrar um projeto de melhoria contínua em curso na unidade, direcionado para a preparação para a parentalidade junto de grávidas. A minha integração neste projeto, na qualidade de preletora, foi fundamentada na experiência profissional prévia acumulada nesta área, o

que evidencia o reconhecimento das minhas capacidades técnicas, comunicacionais e pedagógicas por parte da equipa de saúde.

Esta participação permitiu-me contribuir ativamente para uma intervenção multidisciplinar centrada na família, alinhada com os princípios da promoção da saúde e da empoderamento parental, num momento de transição particularmente significativo como é o início da parentalidade[2,10,11]. Simultaneamente, possibilitou o reforço das minhas competências como futura enfermeira especialista, nomeadamente na formação de adultos, na comunicação em saúde e na aplicação da evidência científica em contextos reais de prática clínica. Este reconhecimento e envolvimento num projeto estratégico da unidade constituíram assim, uma validação do percurso já construído, bem como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, reforçando o meu compromisso com a excelência e inovação na prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Desta participação emergiu o terceiro objetivo específico: **Sensibilizar as famílias para a gestão da doença na criança, no primeiro ano de vida.** Para lhe dar resposta, foi realizada uma pesquisa livre em bases de dados científicas, com o intuito de identificar os cuidados para as patologias mais frequentes no primeiro ano de vida descritas na literatura, bem como os principais sintomas/sinais de alerta[34,36-39]. À semelhança dos objetivos anteriores, foi elaborado um documento orientador e uniformizador da prática, com as referências bibliográficas utilizadas, de modo a disponibilizar à equipa de enfermagem um suporte teórico de fácil consulta, com evidência atualizada sobre todos os temas abordados na apresentação (Apêndice V) (**E1, D2**).

Surge então, a atividade: Colaboração no projeto de *workshop*, com a realização e moderação de um workshop dirigido às famílias intitulado: "Vamos à Urgência? Sinais de alarme/gestão de sintomatologia no domicílio". Para o desenvolvimento desta atividade, foi elaborado um plano de sessão segundo as *guidellines* da ULS a qual pertence a unidade, que contempla os módulos de formação, os objetivos e os conteúdos programáticos (Apêndice W). A sessão (Apêndice X), previamente aprovada, abordou de forma sistematizada as patologias mais frequentes no primeiro ano de vida, os principais sinais de alarme no RN e estratégias de gestão da sintomatologia no domicílio[34,36-39]. Foi promovida a LDS, nomeadamente através da apresentação de um slide interativo com acesso a *QR Codes*, que permitiram às famílias aceder, em tempo real, a conteúdos validados[25,26,29] - como a SPP e DGS. Observou-se, com entusiasmo, que as participantes

fotografaram os conteúdos apresentados e acederam aos recursos digitais, demonstrando interesse e motivação pelo tema (**E1, E3.3, A.2.1)**.

A sessão contou com a participação da totalidade das famílias inscritas (n=5), cumprindo o critério estabelecido de adesão. A avaliação foi realizada com base no questionário utilizado na unidade para ações de educação para a saúde, em formato papel e posteriormente transcrito os resultados para a plataforma *Google Forms*®, aplicado no final da sessão (**A1.1, B3.1)**. A análise reflexiva dos resultados (Apêndice Y) revelou uma avaliação na sua globalidade muito positiva. A maioria das dimensões obteve a classificação máxima 100% (n=5), nomeadamente no que respeita à clareza da exposição, domínio do tema, pertinência dos conteúdos e adequação da linguagem ao público-alvo. Embora em duas dimensões - adequação dos conteúdos e abordagem pedagógica - tenha sido registada uma pontuação entre 80% e 100%, todos os participantes consideraram a sessão muito satisfatória no seu conjunto, valorizando especialmente a utilidade prática da informação para o contexto real do domicílio.

As respostas abertas evidenciaram o reconhecimento das competências de comunicação, do domínio técnico e da capacidade de adaptação ao grupo, bem como a importância de se abordar esta temática na fase pré-natal. A gravidez representa um momento privilegiado de abertura à aprendizagem e reformulação de comportamentos, sendo reconhecida na literatura como uma janela de oportunidade para a promoção da literacia em saúde. As evidências disponíveis, embora ainda limitadas, apontam que programas educativos no período pré-natal têm potencial para melhorar o bem-estar psicológico, aumentar a confiança parental, favorecer a adaptação à nova dinâmica familiar e preparar para o futuro papel de cuidadores - particularmente quando são responsivos às necessidades sentidas pelos próprios pais, incluindo o reforço de competências práticas e emocionais durante a transição para a parentalidade[57-59].

Esta intervenção vai ao encontro das propostas de Nola Pender no Modelo de Promoção da Saúde, ao reforçar a perceção de autoeficácia das famílias e incentivar a adoção de comportamentos preventivos, informados e sustentados antes mesmo do nascimento da criança[10] **(E1, E3.1)**.

Ao EEE cabe a responsabilidade de promover cuidados antecipatórios, fundamentais para fortalecer a saúde infantil, prevenir doença e empoderar as famílias com conhecimento adequado, promovendo o exercício responsável da parentalidade,

protegendo os direitos da criança e contribuindo para uma atuação mais segura e informada por parte das famílias[4,42,47].

Os objetivos foram atingidos na sua totalidade através das atividades planeadas no âmbito dos CC, contribuindo para ganhos efetivos em saúde, com impacto direto nas famílias e na prática da equipa de enfermagem. A promoção da LDS facilitou o acesso das famílias à informação fidedigna, atualizada e culturalmente adaptada, promovendo uma tomada de decisão mais segura e consciente face a situações de doença aguda[18,22,25,26,29,30]. Em simultâneo, a equipa de enfermagem beneficiou da disponibilização de instrumentos informativos sustentados na evidência, promovendo a uniformização da prática e a resposta ao preconizado pelo PNSIJ[4].

A transversalidade das intervenções permitiu ainda, a consolidação das competências comuns e específicas do EEESIP, nomeadas ao longo do relatório, através da prestação de cuidados antecipatórios, na mediação da literacia em saúde e na construção de estratégias educativas eficazes e culturalmente sensíveis. Foram igualmente mobilizadas competências de mestre, nomeadamente: ***a*) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; *b*) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos; *c*) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos[14, p.124].**

Em suma, o estágio desenvolvido nos CC foi determinante para consolidar competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, centradas na promoção da saúde, prevenção da doença e capacitação das famílias[4]. Ao longo desta experiência, tive a oportunidade de intervir em diferentes contextos comunitários, com especial enfoque na LDS, empoderamento parental e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil[4,42]. A prática foi sustentada na articulação entre teoria e evidência científica, com recurso à investigação e à adaptação das intervenções às características socioculturais da população-alvo, maioritariamente composta por famílias emigrantes. Este contexto exigiu sensibilidade cultural e estratégias de comunicação eficazes, incluindo a tradução de materiais para inglês e a participação em projetos de promoção da parentalidade. Este

percurso permitiu-me desenvolver competências clínicas, relacionais e educativas, aprofundar o trabalho em equipa interdisciplinar, e afirmar o meu compromisso com a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados à criança e sua família, alinhando a prática com os pressupostos dos CCF, da parceria de cuidados, Modelo de Nola Pender e da Teoria das Transições de Meleis[2,10,11].

III.2. Internamento de Neonatologia

O estágio no IN foi desenvolvido em dois momentos distintos: o Módulo I, entre 2 de dezembro e 22 de dezembro de 2024, dedicado à observação participativa nos cuidados de enfermagem especializados e ao diagnóstico de situação; e o Módulo II, entre 31 de março e 11 de maio de 2025, centrado na prestação de cuidados de enfermagem e na implementação do projeto previamente delineado, o que permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas e de mestre.

III.2.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação

Estruturalmente integra uma unidade de cuidados intensivos (nível 3), intermédios (nível 2) e uma unidade de isolamento com pressão negativa, totalizando 15 vagas. Disponibiliza ainda uma sala para apoio à família e cuidados em fim de vida, integrada num projeto de cuidados paliativos que visa a dignificação da morte e o apoio ao luto.

Dispõe de uma copa para preparação de leites, equipada com bombas extratoras, e de uma sala de apoio para pais deslocados, com condições para descansarem. A equipa é multidisciplinar, incluindo enfermeiros, médicos neonatologistas e técnicos auxiliares, com o apoio de outras especialidades como fisioterapia, nutrição, cardiologia, neurologia, cardiologia, oftalmologia e cuidados paliativos.

A equipa de enfermagem é constituída por 36 elementos, incluindo 1 EEER e 8 EEESIP. O método de trabalho é o de enfermeiro responsável (ER), que garante a continuidade e qualidade dos cuidados prestados ao RN e à sua família. O EEE atua como chefe de equipa e responsável de turno, promovendo decisões clínicas e éticas em articulação com a equipa médica e a família. O ER deve garantir a continuidade dos cuidados, delegando intervenções quando necessário[54,60]. Atualmente, a equipa integra vários grupos de trabalho em enfermagem, tais como: o grupo de apoio à parentalidade,

desenvolvimento, aleitamento materno, posicionamento e cuidados paliativos, promovendo uma prática reflexiva e centrada na família. Na neonatologia, o enfermeiro é o elo entre o hospital e a família, promovendo segurança, aprendizagem e mudanças positivas do comportamento[61].

O diagnóstico de situação foi realizado com base numa reunião informal com a EG e a ESC, onde foi apresentado e discutido o plano de projeto previamente delineado no pré-relatório. Neste momento de reflexão conjunta, foi enfatizada a importância da intervenção do EEESIP na disseminação e implementação de conhecimento científico atual e relevante, acessível a toda a equipa de enfermagem[13]. Tal intervenção visa a promoção de cuidados especializados, antecipatórios e sensíveis ao contexto de elevada vulnerabilidade vivenciado pelas famílias.

A análise dos documentos orientadores da prática revelou que o procedimento sectorial de enfermagem (PSE) relativa aos sinais de alerta no RN se encontrava desatualizado. Neste sentido, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem, durante a primeira semana de estágio, para levantamento de necessidades das famílias dos RN/latentes, devidamente aprovado para fins académicos.

A análise reflexiva dos resultados obtidos, posteriormente apresentada à EG e à ESC (Apêndice F), validou objetivamente a necessidade identificada. Participaram 27 enfermeiros, correspondendo a 75% da equipa de enfermagem. A totalidade dos participantes, 100% (n=27), reconheceu o meio digital como um recurso relevante na disponibilização de informação às famílias, com 74,1% (n=20) a atribuírem pontuação máxima. Adicionalmente, 96,3% (n= 26) concordaram totalmente que o empoderamento parental é essencial para a identificação precoce de sinais de alerta e prevenção de complicações no RN, sendo que 88,9% (n= 24) atribuíram elevada importância à atualização de instrumentos informativos com base na melhor evidência científica.

Através dos resultados obtidos, foi validada a necessidade de atualizar o PSE "Ensinar os pais sobre os sinais de alerta no RN", com base na mesma propôs-se a elaboração de um cartaz informativo e o desenvolvimento de um vídeo ilustrativo sobre os sinais de alerta no RN, a serem afixados na sala dos pais. Adicionalmente, foi negociada a dinamização de uma apresentação à equipa, com o intuito de debater e implementar os instrumentos desenvolvidos, promovendo a sua integração na prática clínica. Considerando as características da população presente na unidade, foi igualmente sugerida a tradução dos instrumentos desenvolvidos, garantindo a sua acessibilidade.

III.2.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências

A consolidação de competências comuns e específicas do EEESIP no IN decorreu num ambiente altamente especializado, exigente e centrado na prestação de cuidados complexos ao RN e à sua família. (**E1.1**).

A prestação de cuidados foi orientada pelos princípios dos CCF e da parceria de cuidados, promovendo o envolvimento das famílias sempre que a situação clínica o permitia, respeitando os seus tempos, vivências e necessidades[40,41]. Estimulei sistematicamente a vinculação afetiva através de práticas como o método canguru, reforçando a presença das famílias junto do RN e eternizando momentos de contacto com recurso a fotografias, como forma de reforçar a parentalidade em contexto adverso (**E3.2**).

Os cuidados de enfermagem especializados foram acompanhados pela capacidade de reconhecer situações de maior instabilidade clínica, particularmente na unidade de cuidados intensivos, sinalizando alterações do padrão fisiológico e promovendo a articulação atempada com a equipa multidisciplinar para a definição de estratégias de atuação (**E2.1, A2**). No plano da gestão da dor, mobilizei intervenções não farmacológicas como a oferta de leite materno ou sacarose durante procedimentos invasivos, favorecendo o conforto e minimizando o impacto negativo da dor no RN[36] (**E2.2**).

Sempre que clinicamente possível, promovi o bem-estar e o conforto do RN através da aplicação de terapias complementares como a massagem, facilitando a autorregulação, o relaxamento e o reforço da interação positiva com as famílias[62] (**E2.4**). Estas ações foram planeadas e ajustadas em articulação com a restante equipa, integrando os cuidados no momento mais oportuno, de modo a preservar o sono do RN e garantir um ambiente neuroprotetor, com ganhos efetivos para a sua estabilidade e desenvolvimento (**C1, C2**).

Foi, também, fundamental promover a esperança e facilitar a adaptação das famílias ao internamento e à condição clínica do RN. Procurei sempre uma comunicação empática, clara e sensível, capaz de acolher os medos e as dúvidas das famílias, num contexto marcado pela imprevisibilidade e vulnerabilidade[40]. Esta presença cuidada permitiu reforçar a confiança parental, promovendo um ambiente emocionalmente seguro (**E2.5**).

A diversidade cultural observada na unidade reforçou ainda a importância da comunicação adequada e sensível ao contexto de cada família, exigindo flexibilidade, respeito e adaptação na relação terapêutica[50,51] (**E3.3**). Esta atenção à individualidade e à cultura permitiu garantir cuidados mais equitativos e ajustados às reais necessidades da díade.

Com base no diagnóstico de situação previamente realizado, foi possível delinear um objetivo específico orientado para as necessidades identificadas no contexto clínico: **Sensibilizar a equipa de enfermagem e família, para os cuidados antecipatórios sobre os sinais de alerta do RN, através da utilização da *internet*.** Para sustentar este objetivo, foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicas, com a equação de pesquisa: *(("Signs and Symptoms" OR "danger signs" OR "warning signs" OR "alarm signs") AND ("Infant, Newborn" OR newborn OR neonate OR neonatal))*. Com base na evidência obtida, foram desenvolvidas e implementadas as seguintes atividades:

1. Atualização da PSE relativos aos sinais de alerta no RN. Foi elaborada a atualização da PSE segundo as *guidellines* do hospital, previamente aprovada, com atualização do título para "Ensinar a família sobre os sinais de alerta no recém-nascido após a alta" (Apêndice Z). Este instrumento visa uniformizar os ensinos prestados pelas equipas de enfermagem no momento da alta, alinhando-os com a evidência científica atual e com as diretrizes nacionais, promovendo uma prática mais segura, consistente e centrada na família[63] (**D2**)

Inclui orientações para a documentação dos cuidados de enfermagem na plataforma *PatientCare*® e integra os indicadores de qualidade sensíveis à prática de enfermagem[64], favorecendo a monitorização da qualidade dos cuidados prestados, através de auditoria pela EG. O PSE contempla igualmente referência a recursos online fidedignos (**B1, B2**). Esta abordagem visa não só promover a capacitação parental, mas também reforçar a LDS, orientando as famílias na identificação de fontes de informação fidedignas. Os sinais de alerta no RN são fortemente valorizados no PNSIJ e no "Guia Prático para Pais" da DGS, enquanto eixo estruturante dos cuidados antecipatórios no primeiro ano de vida [4,65].

2. Realização de cartaz informativo, papel com recurso ao digital, acerca dos sinais de alerta no RN, que incluirá referências a *websites* fidedignos na *internet* para orientar as famílias sobre a temática (português e inglês); e 3. Realização de vídeo demonstrativo dos sinais de alerta no RN (português e inglês). Através da atualização da PSE, foram

desenvolvidos dois instrumentos informativos destinados ao empoderamento parental: um cartaz "Quais os sinais de que devo estar atento quando for para casa?" (Apêndice AA) e um vídeo "Sabe identificar os sinais de alerta no seu bebé?" (Apêndice BB), ambos em português e inglês. A informação presente nos instrumentos foi validada e aprovada, antes da sua implementação.

O cartaz, afixado na sala de pais, apresenta em linguagem acessível os principais sinais de alerta no RN, orientações práticas, contactos da unidade e linhas de apoio - incluindo o número europeu de emergência e a Linha SNS 24. Incorporou ainda um *QR Code* com ligação direta ao vídeo, promovendo a LDS e o acesso autónomo das famílias a conteúdos fidedignos (**B1, B2.1, B3.1, E1.2**). Esta estrutura bilíngue assegura a inclusão das famílias não fluentes em português, adequando-se às características socioculturais da população acompanhada (**E1.1**).

A informação foi validada junto de três famílias, cujos RN se encontravam em situações complexas, pela sua prematuridade, tendo estas manifestado maior tranquilidade e segurança após a consulta dos instrumentos. Este *feedback* confirma o impacto positivo da intervenção na redução da ansiedade parental, reforçando a importância da prestação de cuidados antecipatórios, conforme preconizado pelo PNSIJ e pela DGS[4,65] (**E2.5, E3.3, A1, D1**).

Durante o Módulo II, e na sequência do trabalho desenvolvido no âmbito da atualização da PSE e da criação dos instrumentos informativos, verificou-se que o livro de preparação para a alta, entregue às famílias no momento da alta hospitalar do RN, se encontrava igualmente desatualizado na secção relativa aos sinais de alerta. Este livro integra diversas temáticas essenciais como os cuidados de higiene e conforto, a alimentação, o sono e repouso, a autorregulação, a segurança, a vigilância de saúde, bem como os sinais de alerta no RN, pelo que se tornou pertinente rever e atualizar a informação apresentada.

Assim, surgiu a atividade 4. Atualização da secção dos sinais de alerta no livro de preparação para a alta. Esta atualização do livro "Alta do Recém-nascido" (Apêndice CC) incluiu a reformulação do conteúdo, com base na evidência científica atual, e a integração de dois *QR Codes*: um direcionado para o vídeo demonstrativo sobre os sinais de alerta no RN (realizado na atividade 3) e outro para o "Guia Prático para Pais" da DGS, que complementa e aprofunda as temáticas abordadas ao longo do livro. Esta abordagem visa

reforçar a LDS e garantir o acesso a informação fidedigna e continuamente atualizada pelas entidades responsáveis[26,30,45] (**B2.1, D2**).

Este instrumento foi aprovado previamente, tendo sido entregue a uma família durante o estágio, por ser a única com alta nesse período. A validação dos conteúdos foi realizada de forma informal junto desta família, que manifestou elevado interesse pelo tema e valorizou a possibilidade de aceder a conteúdos digitais sobre os sinais de alerta, assim como abordado outras fontes fidedignas - como a SPP e a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (manual para pais de bebés prematuros)[66] (**E1, E2.5, E3.3, B3.1**).

A introdução dos recursos digitais, integrados em suportes tradicionais de educação para a saúde, contribuiu para a promoção da parentalidade informada, segura e participativa, alinhando-se com os princípios dos CCF e da prática baseada na evidência[40] (**B1, D2**).

5. Sessão de apresentação dos instrumentos desenvolvidos aos enfermeiros sobre os sinais de alerta no RN. Para o desenvolvimento desta atividade, foi elaborado um plano de sessão (Apêndice DD), que contemplou as informações a serem apresentadas durante a sessão. A sessão (Apêndice EE) englobou os objetivos da formação, enquadramento teórico sobre LDS, metodologia utilizada, uma contextualização sobre a necessidade identificada durante o diagnóstico de situação e a sua relevância no empoderamento parental[11] (**B1, C1.1, D2, E1**).

Seguidamente, foi realizada a apresentação sequencial dos instrumentos elaborados, como referência para a promoção da LDS para as famílias. Iniciou-se com a atualização do PSE, evidenciando a sua importância enquanto instrumento orientador da prática, atualizado com base na evidência científica mais recente. Posteriormente, foi apresentado o cartaz informativo, a afixar na sala de pais, o vídeo disponível através de *QR Code* no cartaz, e, por fim, a atualização da secção dos sinais de alerta no livro de preparação para a alta (**E2.5, C2.2**). Foi ainda incluída a demonstração da documentação dos cuidados de enfermagem na plataforma *PatientCare*®, apresentando sugestões de registo articuladas com os indicadores de qualidade sensíveis à prática de enfermagem, os quais serão futuramente alvo de auditoria por parte da EG. Esta abordagem visou reforçar a importância de registos uniformizados e auditáveis, alinhados com os referenciais normativos e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados[63,64] **(C1.1, C2.2, D2**).

A sessão foi previamente agendada em articulação com a EG e a ESC, garantindo a participação da maioria da equipa. Foi aplicada um questionário de avaliação da sessão de formação, através da plataforma *Google Forms*®, respondida por 17 profissionais, o que corresponde a 80,9% da equipa de enfermagem presente na mesma (n=21). A análise reflexiva dos resultados (Apêndice FF) revelou um elevado grau de satisfação, com 100% (n=17) dos enfermeiros a atribuírem pontuação máxima à generalidade dos itens mensurados. Foram destacadas como principais vantagens a formação, a pertinência do tema, a qualidade e diversidade dos materiais desenvolvidos (PSE, cartaz, vídeo e livro de alta), a clareza na exposição e a disponibilidade do preletor para esclarecer dúvidas e integrar sugestões da equipa. A formação foi ainda considerada dinâmica e ajustada às necessidades da prática de cuidados. (**D2**)

Os resultados obtidos validam a relevância da intervenção formativa, contribuindo para a uniformização da prática, o reforço da LDS e a qualidade dos instrumentos desenvolvidos promotores de cuidados antecipatórios às famílias, relativo aos RN. Esta sessão constituiu-se, assim, como um momento de partilha e consolidação do conhecimento, reforçando a prática baseada na evidência, o trabalho colaborativo com impacto direto na qualidade dos cuidados especializados prestados ao RN e à sua família.

O objetivo delineado para este contexto foi plenamente concretizado, contribuindo com ganhos em saúde, ao promover o empoderamento das famílias para a identificação precoce de sinais de alerta no RN[42,65]. A intervenção permitiu reforçar a LDS, potenciando uma parentalidade mais informada, segura e participativa, facilitando a tomada de decisão consciente e o recurso atempado aos serviços de saúde, sempre que necessário[45,26,30].

A atualização e criação de instrumentos informativos, aliada à sessão de formação à equipa de enfermagem, favoreceram a uniformização da prática clínica, garantindo cuidados mais consistentes e centrados nas necessidades da díade. O envolvimento ativo da equipa e das famílias ao longo do processo promoveu uma maior corresponsabilização no cuidado, contribuindo para a redução da ansiedade parental e para o fortalecimento da relação terapêutica[49,50], aspetos fundamentais num contexto marcado pela vulnerabilidade e imprevisibilidade do IN.

A articulação entre conhecimento científico, da prática e a comunicação eficaz demonstrou-se essencial para alcançar ganhos em saúde, assegurando não apenas a

qualidade e segurança dos cuidados prestados, mas também o empoderamento das famílias para a continuidade dos mesmos em contexto domiciliário[42].

Com a concretização deste objetivo não só favoreceu a mobilização de competências comuns e específicas de EEESIP, como também permitiu a aquisição de competências de mestre, nomeadamente: ***a*) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; *b*) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos; *c*) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos[14, p.124].**

Em suma, durante o estágio no IN desenvolvi um conjunto diversificado de intervenções, incluindo cuidados antecipatórios, elaboração de cartazes informativos e documentos digitais sobre sinais de alerta no RN, bem como a atualização do livro de preparação para a alta, entre outras. Estas atividades permitiram consolidar competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação e supervisão de cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade e a tomada de decisão sustentada na melhor evidência disponível[12-14]. Atuei como elemento proativo e dinamizador na equipa multiprofissional, contribuindo para o fortalecimento da enfermagem enquanto disciplina e para a promoção de projetos que privilegiam a centralidade da criança e da família no processo de cuidado. Esta abordagem, mais uma vez, encontra-se profundamente alinhada com os princípios dos CCF e da parceria de cuidados, que valorizam a participação ativa das famílias na vigilância e gestão da saúde do RN, reconhecendo-os como parceiros fundamentais e atores decisivos no processo de recuperação e adaptação[11]. A promoção do empoderamento digital parental, através da disponibilização de materiais informativos acessíveis e atualizados em formatos digitais, reforça a autonomia e a capacidade de tomada de decisão informada por parte das famílias[42,45]. Por fim, integrando a perspetiva da Teoria das Transições de Afaf Meleis, este trabalho contribui para apoiar as famílias numa fase crítica de mudança e adaptação, facilitando uma transição segura e saudável para a nova realidade da parentalidade e do cuidado ao RN, ao mesmo tempo que assegura um suporte contínuo e culturalmente sensível[2].

III.3. Urgência Pediátrica

O estágio da UP foi desenvolvido em dois momentos distintos: o Módulo I, de 6 a 26 de janeiro de 2025, dedicado à observação participativa nos cuidados de enfermagem especializados e ao diagnóstico de situação; e o Módulo II, entre 12 de maio e 15 de junho de 2025, centrado na prestação de cuidados de enfermagem e na implementação do projeto previamente delineado, o que permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas e de mestre.

III.3.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação

A UP encontra-se dividida em duas áreas funcionais: balcão e serviço de observação (SO)/Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP), assegurando cuidados desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. Neste contexto, são prestados cuidados a crianças com doença aguda ou crónica, com especial enfoque nos casos de instabilidade hemodinâmica ou necessidade de vigilância contínua. O SO apresenta capacidade para duas crianças que necessitem de internamento não superior a 24 horas. A UCEP apresenta capacidade para alocar quatro crianças, é classificada como uma unidade de cuidados intensivos de nível I, acompanha crianças no pós-operatório de cirurgias eletivas, bem como casos que requeiram suporte ventilatório não invasivo, garantindo uma intervenção diferenciada e adequada às necessidades específicas de cada criança e respetivas famílias.

Este serviço articula-se com diversas especialidades médicas da ULS e equipas de apoio, como os cuidados paliativos pediátricos e o núcleo hospitalar de apoio à criança em risco. A equipa de enfermagem é composta por 30 elementos, incluindo 1 Enfermeiro EEER e 6 EEESIP. O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o método individual e o método funcional à tarefa em balcão, sendo cada enfermeiro distribuído pelos postos de trabalho (triagem, sala de enfermagem e reanimação/sala de apoio a técnicas) e enfermeiro responsável no SO/UCEP, ficando responsáveis por no máximo três utentes cada elemento[54,60]. Os EEE e os enfermeiros peritos assumem o papel de chefe de equipa e, sempre que possível, de responsável de turno, por serem considerados os que reúnem mais competências para atuar em situações de gestão de turno. No âmbito da gestão de cuidados, destacam-se pelas competências em liderança, coordenação e

organização da equipa na prestação de cuidados de enfermagem. Ainda, supervisionam a qualidade dos cuidados prestados, gerem recursos materiais e terapêuticos e tomam decisões em estreita colaboração com a equipa médica e as famílias[67].

O serviço destaca-se ainda pela existência de grupos de trabalho em enfermagem dedicados a temáticas como: parentalidade, aleitamento materno, cuidados não traumáticos, triagem, diabetes, qualidade e segurança, Núcleo Hospitalar Apoio à Criança e Jovens em Risco, entre outros. Estes grupos respondem às necessidades formativas e promovem a melhoria contínua dos cuidados prestados.

O diagnóstico de situação foi realizado através de uma reunião informal na primeira semana de estágio com a EG e a SC, onde foi apresentado e discutido o plano de projeto inserido no pré-relatório. No decorrer da reunião abordou-se a pertinência da temática em estudo e a importância da intervenção do EEESIP tendo por base a disseminação e implementação de conhecimento científico atual. Verificou-se os PSE, instruções de trabalho (IT) e protocolos vigentes no serviço constatou-se que apresentam documentação atual que apoia na uniformização de práticas para uma melhor gestão da doença aguda, como em caso de vómitos/diarreia, dispneia e febre. No entanto, observou-se a inexistência de documentos orientadores para uniformização de cuidados acerca da limpeza das vias aéreas e administração de terapêutica inalatória. Por já existir uma PSE acerca da dispneia realizado pelo EEER, foi realizada uma reunião informal com o mesmo, com vista a dar continuidade ao trabalho já desenvolvido, onde foi proposto a realização de instrumentos a desenvolver na UP. Deste modo, foi promovido o envolvimento das duas especialidades presentes e com um papel ativo e preponderante relativo à temática.

No seguimento do levantamento das necessidades, observou-se que a equipa de enfermagem, pelas funções que desempenha, está submetida a uma vulnerabilidade emocional na prestação direta dos cuidados em situações de saúde de alta complexidade às crianças e famílias[68,69]. Neste sentido, foi levantada a necessidade de realizar uma formação à equipa intitulada de "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família", um trabalho elaborado no decorrer do mestrado, em parceria com outras colegas, onde foi previamente aceite a sua divulgação.

A apreciação das necessidades das famílias dos RN/latentes foi realizada através de um questionário no *Google Forms*® à equipa de enfermagem, previamente aprovado, para fins académicos. Foi realizada uma análise reflexiva dos resultados obtidos,

apresentada à EG e ESC (Apêndice G), que validou objetivamente a necessidade identificada. Obteve-se resposta de 24 enfermeiros, correspondendo a 80% da equipa de enfermagem da UP. A maioria dos enfermeiros, 100% (n=24), reconheceu a importância do empoderamento parental na identificação precoce da necessidade de limpeza das vias aéreas, destacando o seu papel na prevenção de complicações respiratórias. Verificou-se também elevada valorização do recurso ao meio digital como ferramenta inovadora e eficaz na disponibilização de informação às famílias, com uma taxa de 91,7% (n=22). A uniformização de procedimentos foi igualmente apontada como crucial 95,8% (n=23), sendo a criação de IT e instrumentos informativos digitais percebidas como uma estratégia eficaz para promover cuidados mais seguros e consistentes. Os dados evidenciam, assim, um potencial promissor para o desenvolvimento de instrumentos informativos em formato acessível, traduzido e adaptado, que reforcem a continuidade dos cuidados e a capacitação das famílias no domicílio.

III.3.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências

A consolidação de competências comuns e específicas do EEESIP na UP decorreu num ambiente dinâmico, imprevisível e altamente exigente, marcado por situações emergentes e de grande vulnerabilidade física e emocional. (**E1, E2.1**)

Foram prestados cuidados especializados a jovens por tentativas de suicídio, crianças em situação de instabilidade, incluindo casos com necessidade de suporte vital, reanimação, maus-tratos, doenças do foro respiratório agudas e crónicas, e pós-operatórios complexos - como neurocirúrgicos. A intervenção centrou-se na identificação precoce de sinais de gravidade, vigilância contínua, gestão da dor e do bem-estar físico e emocional, articulando em permanência com a equipa multidisciplinar para a definição de planos de cuidados individualizados (**E2.1, E2.2, E3.4, D1, D2.3**).

Adotando os princípios dos CCF e do modelo de parceria de cuidados, promovi o envolvimento ativo dos cuidadores sempre que foram reunidas medidas de segurança, através de uma relação terapêutica ajustada ao contexto e às necessidades emocionais da família[11,49,50]. Em situações de elevado impacto emocional, como reanimação ou agitação psicomotora, assegurei apoio contínuo das famílias, mediando as suas reações e proporcionando informação clara e tranquilizadora, com vista à criação de um ambiente emocionalmente seguro e facilitador da ligação afetiva com a criança[47]. Na prestação de

cuidados diretos, mobilizei intervenções diferenciadas de enfermagem, respeitando os princípios dos cuidados atraumáticos, assegurando o conforto, a segurança e a humanização do cuidado[36,70]. Sempre que possível, privilegiei a presença dos cuidadores junto da criança, respeitando os normativos legais, reconhecendo o seu papel essencial no processo de recuperação[46,47,71] (**E2.1, E2.5, E3.3, E3.4, A1, A2, B3, D1**).

A prática na UP exigiu, ainda, a dinamização de momentos de partilha e reflexão crítica após eventos complexos. Estes momentos favoreceram a partilha de emoções, que contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (**C1, D1**).

Com base no diagnóstico de situação previamente realizado, foi possível delinear um conjunto de objetivos e atividades ajustados às necessidades identificadas no contexto. Surgiu então, o primeiro objetivo específico: **Capacitar a equipa de enfermagem de estratégias de gestão emocional do enfermeiro no cuidar da criança e família.** A concretização deste objetivo decorreu ainda durante o módulo I e envolveu as seguintes atividades:

1. Realização de cartaz de divulgação da sessão. e 2. Apresentação de sessão de formação "Estratégias de gestão emocional do enfermeiro no cuidar da criança e família". Para a sua concretização foi elaborado um plano de sessão (Apêndice GG) e disponibilizada a divulgação através de um cartaz afixado no serviço (Apêndice HH), previamente aprovado. Sendo uma prática do serviço a formação decorreu em formato *online* e assegurado o acesso posterior à gravação por um período de 48 horas, garantindo maior abrangência e participação.

Durante a sessão de formação (Apêndice II), realizada com base em evidência científica atual, foram abordados conteúdos como o conceito e os tipos de emoções; a distinção entre emoção, sentimento, afeto e reação emocional; a dissonância emocional; e os fatores de desequilíbrio emocional frequentemente experienciados pelos enfermeiros em contexto pediátrico. Foi ainda explorado o Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, desenvolvido por Paula Diogo, que destaca a integração de competências afetivo-emocionais no plano de cuidados como promotora de práticas mais humanas e conscientes[72]. Foram também discutidas estratégias de gestão emocional, focadas na promoção de bem-estar individual e coletivo, como a autorregulação, o apoio entre pares, o suporte espiritual, os métodos de distanciamento saudável, o exercício físico e as terapias de descompressão como o *mindfulness*. Além disso, destacou-se a

importância do desenvolvimento das competências emocionais e da criação de espaços institucionais de partilha emocional, como o *debriefing* e *workshops* temáticos.

No final da sessão de formação, foi aplicado um questionário de avaliação através do *Google Forms*®. Estiveram presentes no momento de formação 16 enfermeiros, 53% (n=30) do total da equipa de enfermagem, obtendo resposta de 14 dos enfermeiros (88%). A análise reflexiva dos resultados (Apêndice JJ) evidenciou uma avaliação predominantemente positiva em todas as dimensões, com a maioria das respostas no nível máximo de satisfação. Foram destacados como pontos fortes a clareza e domínio na exposição, a definição dos objetivos, a capacidade de transmissão de conhecimentos e o esclarecimento de dúvidas. Os enfermeiros consideraram ainda o tema pertinente e bem estruturado, valorizaram a descrição das emoções e das estratégias de gestão emocional abordadas durante a sessão. Entre os comentários no espaço para esclarecimento de dúvidas, destacou-se o interesse da equipa em promover reuniões periódicas para partilha de experiências e debate de estratégias, com eventual envolvimento da psicologia, demonstrando o impacto positivo e o potencial transformador da formação. **(A1.1, A2.2, B1.1, C1.1, D1, D2).**

O próximo objetivo foi atingido através de um trabalho realizado em parceria com o EEER, promovendo a mobilização das duas especialidades presentes e com grande impacto na prestação de cuidados especializados à criança. Visou responder a uma necessidade concreta frequentemente identificada no serviço, mencionada pela EG e ESC na primeira reunião, sobretudo em situações de doença do foro respiratório, onde se observa grande dificuldade das famílias na aplicação correta da técnica de limpeza das vias aéreas (**D2.1, D2.2**). Neste sentido, como segundo objetivo específico: **Contribuir para a capacitação da família, acerca da limpeza das vias aéreas e administração de terapêutica inalatória à criança**. Para a sua concretização, foi necessário proceder à realização de pesquisas em bases de dados científicas. Como primeira equação de pesquisa: *(airway clearance OR Nasal Lavage OR Coughing OR Sneezing) AND (Child* OR Pediatric OR Infant OR Toddler)*. Esta metodologia permitiu fundamentar a elaboração e implementação das seguintes atividades:

1. Realização de uma IT sobre a limpeza das vias aéreas. A IT "Limpeza das Vias Aéreas" foi realizada segundo as *guidelines* institucionais (Apêndice KK), tendo sido aprovada, visa uniformizar a prática dos enfermeiros da UP, no que concerne à avaliação e execução das técnicas de limpeza das vias aéreas, contemplando também a capacitação

da família nestas intervenções. Está estruturada em três componentes principais: enquadramento teórico; descrição das técnicas com recomendações para as diferentes faixas etárias e competências demonstrada pela criança (como a lavagem nasal, assoar, fungar, desobstrução rinofaríngea retrógrada, tosse dirigida e aspiração de secreções); e descrição da documentação dos cuidados de enfermagem no aplicativo *SClínico*®, com diretrizes específicas para cada área funcional da UP e indicações promotoras da LDS. (**B1)**

A IT destaca a importância da avaliação individual da criança como ponto de partida para a escolha da técnica mais adequada, considerando variáveis como idade, condição clínica, tolerância e segurança. Promove uma abordagem integrada, envolvendo recursos complementares como hidratação, posicionamento, mobilidade, nebulizações e exercícios respiratórios. A capacitação parental surge como eixo central deste documento uniformizador da prática, com orientações específicas, sistematizadas na documentação no momento da alta e em intervenções programadas ao longo do internamento, com especial enfoque na avaliação da competência demonstrada pelas famílias, assegurando a eficácia do ensino e a continuidade segura dos cuidados no domicílio[39]. (**E1, D2**)

2. Realização de vídeo informativo acerca da limpeza das vias aéreas, a passar na sala de espera, que incluirá referências a *websites* fidedignos na *internet* para orientar as famílias sobre a temática; e 3. Realização de cartaz informativo, acerca da limpeza das vias aéreas, que incluirá referências a *websites* fidedignos na *internet* para orientar as famílias sobre a temática e com acesso direto ao vídeo através de *QR Code* (português e inglês).

Estas duas atividades surgiram de forma interligada, tendo como finalidade promover a capacitação da família, sustentada na evidência científica. O vídeo "Lavagem Nasal na Criança", em português e inglês, (Apêndice LL) foi concebido para ser exibido nas televisões da sala de espera da UP, encontrando-se atualmente em fase de aprovação pela área de multimédia da instituição. Este apresenta uma explicação em linguagem clara, acessível e concisa sobre a lavagem nasal, incluindo um passo-a-passo da técnica, adaptada às diferentes idades da criança. A demonstração da técnica foi realizada por mim, em colaboração com o EEER, assegurando o rigor técnico e pedagógico, com base na evidência científica atual. O conteúdo reforça os benefícios da lavagem nasal na promoção do bem-estar da criança, os materiais necessários, as indicações para cada faixa

etária e a importância de procurar sempre fontes de informação fidedignas, como a DGS e a SPP. (**D2.3**).

Para reforçar esta estratégia, foi desenvolvido um cartaz informativo "Lavagem Nasal na Criança" bilíngue (português e inglês) (Apêndice MM), afixado na sala de espera, com um *QR Code* que permite o acesso direto ao vídeo. Esta dupla abordagem (física e digital) visa garantir que as famílias, mesmo após a alta, tenham acesso a recursos que favoreçam a correta execução da técnica em ambiente domiciliário, promovendo a segurança e a autonomia parental.

Estas atividades foram aprovadas, resultando na afixação do cartaz na sala de espera e na entrega do vídeo à EG, que o encaminhou para a área de multimédia, prevendo-se a sua exibição nas televisões da sala de espera. Nos cuidados especializados à criança com necessidade de lavagem nasal, as famílias foram orientadas a consultar o cartaz e a aceder ao vídeo através do *QR Code*, como estratégia de reforço do ensino realizado. Numa lógica de prática reflexiva e centrada na família, o processo educativo integrou a avaliação das necessidades e receios expressos pelos cuidadores, a adaptação da mensagem às suas características, e a demonstração prática da técnica, incentivando a sua participação ativa. O momento de avaliação privilegiou a observação da execução e o diálogo com a família, assegurando que esta se sentia confiante e capaz de realizar o procedimento em casa, numa abordagem sustentada pelas etapas do Processo de Enfermagem[73]. O vídeo e o cartaz assumem, assim, um papel de continuidade da intervenção, permitindo às famílias reverem o conteúdo sempre que necessário e reforçando a autonomia, a segurança e a consistência dos cuidados em ambiente domiciliário.

A informação transmitida no vídeo foi validada junto de 11 famílias (100%), que demonstraram elevada satisfação com os conteúdos apresentados e referiram sentir-se mais seguras após a demonstração prática. Entre os principais receios manifestados destacaram-se os volumes a utilizar na lavagem, a pressão aplicada e o posicionamento correto da criança. As famílias valorizaram particularmente a demonstração prática da técnica com recurso a uma toalha para contenção do lactente, referindo que esta estratégia lhes confere maior segurança e confiança para aplicar o procedimento em casa. Estes dados reforçam o impacto positivo do recurso a meios visuais na intervenção da capacitação parental, contribuindo para a promoção da continuidade e da segurança dos cuidados em ambiente domiciliário[74]. (**E1, E2.5, A1.1, A2.2, B2.2, D2.3**)

Para a realização das próximas atividades foi necessário realizar outra pesquisa em bases de dados científicas, através da equação de pesquisa: *(Inhalation Therapy OR Nebulization OR Inhalers OR Inhalation Technique) AND (Pediatrics OR Child OR Infant OR Adolescent)*. Após a mesma surgem as atividades:

4. Realização de IT sobre a administração de terapêutica inalatória; 5. Realização de um cartaz informativo - Técnica Inalatória com inalador e camara expansora com máscara (português e inglês); 6. Realização de um cartaz informativo - Técnica Inalatória com inalador e camara expansora com bocal (português e inglês).

A elaboração da IT "Dispneia: Inaloterapia" (Apêndice NN) teve, mais uma vez, como intuito uniformizar a prática dos enfermeiros da UP no que diz respeito à administração de terapêutica inalatória à criança. Elaborado com base em evidência científica atual, contempla uma abordagem integral à terapêutica inalatória, com recomendações específicas para todas as faixas etárias em idade pediátrica. (**B1)**

A IT apresenta os critérios para seleção dos diferentes dispositivos, adaptados às competências da criança, incluindo a descrição pormenorizada das técnicas de administração. Paralelamente, foram desenvolvidos dois cartazes informativos, que abordam os passos da técnica para administração através de terapêutica por câmara expansora (CE) com máscara (Apêndice OO) e CE através de bocal (Apêndice PP), ambos também traduzidos, com *QR Code* que remete para vídeos demonstrativos da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Os cartazes foram afixados na sala de enfermagem do balcão da UP, próximo do local onde é realizada a administração da terapêutica. O local de fixação permite a observação rápida pelos enfermeiros, como linha orientadora e ainda que a família/criança após a sua administração possa aceder ao *Qr Code* e/ou tirar foto diretamente do documento. (**D2.3**)

Durante a prática dos cuidados, todas as crianças que necessitaram desta abordagem foram orientadas para a consulta do cartaz, bem como as suas famílias quando aplicáveis, tendo a totalidade demonstrado recetividade e elevado grau de satisfação. A aplicação desta IT foi desenvolvida de forma estruturada, articulando as etapas do Processo de Enfermagem às características e necessidades da criança e da família: iniciou-se com a avaliação da criança e da família, identificando o nível de conhecimento prévio, dificuldades na execução e barreiras à adesão; seguiu-se o planeamento da intervenção educativa e a seleção do dispositivo mais adequado, de acordo com a idade e as competências da criança; a implementação consistiu na

demonstração da técnica, treino supervisionado e reforço de pontos críticos; e, por fim, a avaliação incluiu a observação direta da execução correta e a monitorização da resposta clínica, garantindo a eficácia da intervenção e a segurança do procedimento[73]. No caso dos jovens, verificaram-se inicialmente lacunas na execução da técnica, contudo a utilização dos recursos digitais revelou-se uma mais-valia, permitindo-lhes guardar no telemóvel para consulta posterior. A maioria manifestou grande entusiasmo após o visionamento, referindo que, dessa forma, nunca mais esqueceria os passos da técnica. (**A1, A2.1, B2.1, E1, E2.4, E2.5, E3.4**)

Estas atividades visam promover a capacitação das famílias e das crianças que já fazem a sua administração autonomamente, reforçar a adesão ao regime terapêutico e reduzir o erro na sua aplicação, identificada frequentemente como fator limitador na eficácia da terapêutica e no controlo da doença[75]. (**E1.2, E2.5, B3.1, D1, D2**)

Por último, surge a atividade, 7. Sessão de apresentação dos instrumentos desenvolvidos aos enfermeiros, realizada com o fim de demonstrar, de forma aplicada, como promover a LDS na prática dos cuidados. Foi previamente elaborado um plano de sessão (Apêndice QQ), tendo sido aprovado, no qual constam os objetivos, os conteúdos programáticos e os instrumentos elaborados. A sessão "A Literacia Digital em Saúde e o Empoderamento Parental na Gestão da Doença Aguda" (Apêndice RR) integrou-se no ciclo de formações internas da UP. No entanto, a apresentação formal das IT e PSE realizadas ao longo do ano civil ocorre nas jornadas em serviço, no fim do ano. Assim, a pedido do responsável pela formação, esta sessão focou-se exclusivamente na LDS e no empoderamento parental para uma melhor gestão da doença aguda na criança, não tendo sido formalmente apresentada a descrição da documentação dos cuidados de enfermagem, cuja entrada em vigor para auditorias internas se encontra prevista no próximo ano civil.

A sessão de formação teve como base metodológica a apresentação dos instrumentos informativos produzidos ao longo do estágio - cartazes, vídeos e instruções de trabalho - como exemplos práticos e eficazes da promoção da LDS, tanto na capacitação parental como na continuidade dos cuidados no domicílio. Para sustentar esta abordagem, foram apresentados exemplos de boas práticas adotadas por entidades de referência, como a DGS e a SPP, que atualizam periodicamente os seus conteúdos digitais, ambas referenciadas nos materiais elaborados. Destacou-se ainda o uso do *QR*

Code como estratégia facilitadora, nomeadamente através da ligação ao vídeo incorporada no cartaz. (**E1**)

Foram igualmente exploradas estratégias para a integração desta prática nos cuidados, como por exemplo: durante a triagem, quando as famílias mencionam ter recorrido à *internet* antes da ida ao serviço; no momento da realização de procedimentos; ou nos ensinos de alta, utilizando os materiais produzidos como recurso complementar.

A avaliação da sessão foi realizada através de um questionário no *Google Forms*® (Apêndice SS), de acordo com as *guidelines* do serviço, tendo sido respondido por 9 dos 11 enfermeiros presentes (81,8%). A análise reflexiva dos resultados evidenciou uma avaliação globalmente positiva, com todos os enfermeiros 100% (n=9) a atribuírem a classificação de "muito bom" às dimensões avaliadas, incluindo a clareza dos objetivos, a utilidade do tema, a aplicabilidade prática, o desempenho do formador e a organização global da sessão. Os dados refletem o reconhecimento do valor acrescentado da LDS na prática e o impacto que estratégias simples, acessíveis e baseadas na evidência podem ter na capacitação e autonomia das famílias, com claros ganhos em saúde. (**B1, D2)**

Os objetivos delineados para o contexto da UP foram concretizados na sua globalidade, tendo-se traduzido em ganhos em saúde. A sessão de formação sobre a gestão das emoções do enfermeiro assumiu-se como uma base essencial, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados à díade, promovendo ambientes mais seguros, empáticos e humanizados. Paralelamente, a criação e implementação de instrumentos uniformizadores da prática reforçou uma abordagem partilhada entre os enfermeiros, promotora de uma atuação coerente, segura e baseada na evidência, permitindo ainda que pela sua aplicabilidade prática, se constituíssem como ferramentas eficazes na capacitação parental[42]. Estas intervenções fomentaram a confiança e segurança das famílias no manuseamento de técnicas e dispositivos terapêuticos, permitindo uma melhor gestão da doença respiratória e possíveis idas evitáveis aos serviços de urgência. Estes ganhos em saúde traduzem-se no bem-estar da criança e na diminuição da ansiedade do núcleo familiar, com impacto na estabilidade e na continuidade segura dos cuidados no domicílio.

Neste contexto, a promoção da LDS revelou-se um eixo transversal e estruturante, potenciando o acesso à informação credível e atualizada, na tomada de decisão consciente e na adesão ao regime terapêutico[45]. Simultaneamente, esta abordagem reforçou

competências nos enfermeiros para a sua promoção ativa próxima das famílias, quer de forma estruturada, quer integrada nos cuidados do dia-a-dia.

Estas abordagens refletiram os princípios do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, ao centrar-se no fortalecimento das capacidades das famílias. Ao reconhecer que os comportamentos de saúde são influenciados por fatores individuais, interpessoais e contextuais, este modelo permitiu orientar as estratégias adotadas, promovendo uma abordagem personalizada, participativa e potenciadora de mudança[10]. Esta articulação entre a teoria e a prática traduziu-se na promoção de ganhos efetivos em saúde, sustentados na capacitação e empoderamento das famílias para uma melhor gestão da doença aguda na criança no domicílio[10,42].

Com a concretização deste objetivo não só favoreceu a mobilização de competências comuns e específicas de EEESIP, como também permitiu a consolidação de competências de mestre, entre as quais: ***a*) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; *b*) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos; *c*) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos[14, p.124].**

Em suma, o estágio na UP representou uma oportunidade ímpar de crescimento profissional, num contexto marcado pela complexidade clínica e emocional das situações vivenciadas. A uniformização de práticas através da elaboração de instruções de trabalho, cartazes e vídeos, aliada à capacitação parental e à promoção da literacia digital, traduziu-se em ganhos efetivos em saúde e na melhoria da continuidade dos cuidados. A formação sobre gestão emocional reforçou a importância do suporte à equipa como pilar para um ambiente terapêutico seguro e humanizado. Orientada pelos princípios dos CCF e sustentada no Processo de Enfermagem, esta experiência permitiu-me integrar teoria e prática, desenvolver competências críticas e éticas e consolidar o meu papel como dinamizadora de mudança na promoção de cuidados especializados, seguros e centrados na criança e na sua família[11,63]. Neste percurso, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender[10] serviu de base, ao valorizar a LDS como ferramenta-chave para o empoderamento parental, promovendo a tomada de decisão informada e fortalecendo a

parceria entre enfermeiro, criança e família, em consonância com os referenciais éticos e científico de uma enfermagem pediátrica contemporânea.

III.4. Internamento de Pediatria

O estágio no IP foi desenvolvido em dois momentos distintos: o Módulo I, de 27 de janeiro a 13 de fevereiro de 2025, dedicado à observação participativa nos cuidados de enfermagem especializados e ao diagnóstico de situação; e o Módulo II, entre 16 de junho e 18 de julho de 2025, centrado na prestação de cuidados de enfermagem e na implementação do projeto previamente delineado, o que permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas e de mestre.

III.4.1. Caracterização e Diagnóstico de Situação

O IP abrange a prestação de cuidados a crianças e jovens desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, destacando-se a prestação de cuidados na gestão de doenças agudas compensadas e crónicas e na aquisição de competências parentais a RN prematuros ou com necessidades especiais.

Estruturalmente dispõe de 13 quartos, organizados por cores em função da idade, patologia e necessidades específicas da criança, incluindo três quartos de isolamento. O internamento respeita o direito à permanência contínua das famílias, com exceção do período noturno nos casos de prematuridade, em que é desaconselhada a sua prática. O serviço é considerado um centro de referência para a área de Epilepsia Refratária, pelo que dispõe de um quarto direcionado para realização de eletroencefalograma, com técnico permanente e apoio de neurologia. Integra ainda um Hospital de Dia, com atividade multidisciplinar regular nas áreas de alergologia, endocrinologia, metabolismo e diabetes.

As instalações incluem ainda uma sala de médicos, uma sala de reuniões, uma sala de enfermagem e duas salas de atividades, divididas por idades dos 2 aos 11anos e dos 12 aos 17anos, onde as crianças podem conviver e brincar, promovendo cuidados de saúde humanizados[76,77]. A equipa de enfermagem é composta por 17 elementos, sendo 6 EEESIP. A equipa de enfermagem utiliza o método de trabalho individual, garantindo a planificação e a prestação integral dos cuidados às crianças, sendo que cada enfermeiro fica responsável por um máximo de cinco[54,60].

O diagnóstico de situação foi realizado através de uma reunião informal no início do estágio com a EG e a SC, onde foi apresentado e discutido o plano de projeto, bem como observado todos os instrumentos reguladores da prática existentes no serviço, acerca da temática. Verificou-se que está a ser desenvolvido um PSE sobre a prevenção de acidentes na criança dos 0 aos 3 meses, contudo, os instrumentos informativos sobre o tema estão desatualizados, pelo que não se encontram disponíveis para as famílias.

Com o intuito de orientar as atividades do plano de projeto e sustentar o diagnóstico de situação, foi aplicado um questionário para apreciação das necessidades do RN/latentes e das suas famílias aos enfermeiros através do *Google Forms®,* previamente aprovado, para fins académicos. Este instrumento teve como objetivo compreender a perceção dos enfermeiros relativamente ao empoderamento da família nos cuidados antecipatórios, centrados na prevenção de acidentes e promoção da segurança da criança dos 0 aos 3 meses. Após a análise reflexiva dos resultados (Apêndice H), os dados foram apresentados à EG e ESC, permitindo ajustar o plano de projeto. A análise reflexiva dos dados revelou um consenso elevado da equipa de enfermagem quanto à importância do recurso ao digital na disponibilização de informação às famílias, 100% (n=13), e à necessidade de promover o acesso a conteúdos fidedignos, 92,3% (n=12), bem como unanimidade, 100% (n=13), relativamente à relevância do empoderamento das famílias na identificação precoce de riscos associados a acidentes e promoção da segurança da criança.

Os acidentes em crianças dos 0 aos 3 meses podem ter consequências significativas no seu desenvolvimento, afetando tanto o bem-estar físico como emocional. Nesta fase, o organismo da criança está em rápido crescimento e o sistema nervoso central encontra-se em pleno processo de maturação, tornando-se particularmente vulnerável a lesões[78]. Deste modo, foram delineadas as seguintes atividades: integração no grupo responsável pelo desenvolvimento da PSE**,** elaboração de um folheto informativo e a realização de uma sessão de educação para a saúde**,** destinada às famílias, com foco na segurança e prevenção de acidentes nas crianças dos 0-3 meses.

III.4.2. Percurso de Desenvolvimento de Competências

A consolidação de competências comuns e específicas do EEESIP na vertente prática no IP, decorreu num contexto marcado pela continuidade de cuidados a RN's

prematuros e com necessidades especiais, com enfoque na promoção de competências alimentares e no reforço das competências parentais. Foram igualmente prestados cuidados a crianças com patologia aguda e crónica, exigindo uma abordagem individualizada, segura e centrada na díade[11]. (**E1.1, E2.5, E3.2**) A prestação de cuidados especializados incluiu intervenções a crianças em recidiva oncológica, situações de risco de agravamento do estado de saúde e famílias em processo de adaptação ao diagnóstico. Mobilizei estratégias promotoras de esperança, comunicação terapêutica e suporte emocional, assegurando a presença contínua dos cuidadores, sempre que me foi permitido[40,48-50]. Destacaram-se os cuidados prestados a crianças internadas para realização de eletroencefalograma, por diagnóstico de epilepsia refratária, exigindo intervenções adaptadas à sua condição, ao controlo ambiental no que concerne à prevenção de estímulos potencialmente desestabilizadores. (**E2.5**)

A integração da brincadeira terapêutica na prestação de cuidados revelou-se uma ferramenta essencial na minimização do *stress*, do medo e da ansiedade associados à hospitalização. Sendo que o brincar é uma dimensão essencial da infância, assumindo um papel central no desenvolvimento da criança. Para além de promover o bem-estar físico, emocional, mental e social, constitui uma via privilegiada de expressão e comunicação. Através do ato de brincar, a criança manifesta a sua individualidade, explora o mundo à sua volta e dá significado às suas experiências, sendo também uma forma de exteriorizar emoções como medo, frustração, raiva, angústia ou ansiedade. Pelo que recorri a esta estratégia como facilitadora da adesão da criança aos procedimentos, promovendo o seu bem-estar e sentido de controlo, particularmente em momentos de maior vulnerabilidade emocional ou quando confrontada com técnicas invasivas[36,77,79]. (**E2.2, E3.1, E3.3**) A prática integrou ainda momentos de reflexão crítica e articulação com a equipa multiprofissional, promovendo a continuidade e coerência dos cuidados, favorecendo uma prática sustentada na evidência[14]. (**A1.1, A1.2, C1.1, C2.2, D1**)

Com base no diagnóstico de situação previamente realizado, foi possível delinear um objetivo específico orientado para as necessidades identificadas: **Contribuir para a empoderamento da família, acerca dos cuidados antecipatórios para prevenção de acidentes e segurança, dos 0-3meses.** Para a sua concretização foi realizada uma pesquisa nas bases de dados científicas com a equação de pesquisa *(accidents OR injuries OR incidents OR reducing unintentional injuries OR transport accidents OR domestic*

accidents) AND (infant, Newborn OR infant). A evidência resultante fundamentou o desenvolvimento e implementação das seguintes atividades:

1. Integração no grupo responsável pelo desenvolvimento da PSE sobre a prevenção de acidentes na criança dos 0 aos 3meses, no âmbito de um projeto de melhoria contínua já em desenvolvimento no hospital, na área da promoção da parentalidade. A PSE "Prevenção de acidentes (0-3meses)" foi construída com base nas *guidelines* institucionais, tendo sido aprovada (Apêndice TT). Na sua constituição contempla a documentação dos cuidados de enfermagem na plataforma *SClinico*® e os indicadores sensíveis à prática de enfermagem, para auditoria à qualidade dos cuidados prestados[64]. Os indicadores de qualidade sensíveis à prática de enfermagem visam monitorizar a eficácia e adequação dos cuidados prestados, promovendo a melhoria contínua da qualidade, reforçando a articulação entre os profissionais de saúde, facilitando os processos de gestão e tomada de decisão[80,81]. (**B1, B2.1, B2.2**)

A PSE visa uniformizar os ensinos prestados pelas equipas de enfermagem nos diferentes serviços que atuam na área da saúde da mulher e da criança - nomeadamente na consulta externa, no serviço de obstetrícia, no IN, no IP e na UP – promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a satisfação da díade.

Este instrumento apresenta orientações claras, objetivas e fundamentadas na evidência científica, relativas aos principais riscos de acidentes no domicílio durante os primeiros três meses de vida. São abordadas temáticas como a prevenção de quedas, asfixia, queimaduras, afogamento e transporte em segurança. Inclui ainda orientações para a planificação, documentação e comunicação eficaz dos ensinos, garantindo uma linguagem comum entre profissionais e uma abordagem coerente em todos os contextos de contacto com a família. A prevenção de acidentes depende da qualidade da informação transmitida e da forma como é percebida pelas famílias, sendo esta uniformização uma estratégia chave para promover a parentalidade e reduzir eventos evitáveis passíveis de complicações graves, no regresso ao domicílio[82,83]. (**D2.2, D2.3**)

Com base nas orientações da PSE e segundo as *guidelines* do hospital, surgiu a atividade 2. Elaboração de um folheto informativo, que incluirá referências a páginas seguras na *internet* para orientar as famílias sobre a temática. Este instrumento, desenvolvido em português e inglês (Apêndice UU), foi produzido com linguagem simples, objetiva e acessível. Aborda temáticas como a prevenção de quedas, queimaduras, afogamento, asfixia e transporte em segurança, com destaque para a

distinção entre *room-sharing* e *bed-sharing*, reforçando práticas seguras, também no sono infantil, uma prática cada vez mais usual[84,85]. Inclui ainda, o contacto da Linha SNS 24, considerando que muitos dos acidentes identificados na literatura apresentam complicações associada à saúde e ao desenvolvimento das crianças[86,87]. A inclusão de hiperligações para fontes fidedignas e atualizadas permite reforçar a LDS, promovendo a autonomia e a capacitação das famílias na procura de informação segura e validada[30,55] (**E1**). Após a sua aprovação, o folheto foi partilhado com as famílias no âmbito da atividade 3. Realização de uma sessão de educação para a saúde, destinada às famílias, com foco na segurança e prevenção de acidentes. Esta sessão, intitulada "Prevenção de Acidentes na Criança" (Apêndice VV), previamente aprovada, manteve uma linha orientadora coerente com os conteúdos da PSE, garantindo a transmissão de informação e baseada na evidência. (**D2.2**) Estiveram presentes todas as famílias com crianças internadas até aos 3 meses 100% (n=3), tendo a sessão decorrido num formato participativo, assente na partilha de experiências e transmissão de orientações práticas. Para além da abordagem centrada na prevenção de acidentes no domicílio, informação predominante no folheto, foram igualmente discutidas medidas de segurança relevantes no meio hospitalar, reforçando a importância dos cuidados a ter durante o internamento. (**E1. E3.1, E3.2, E3.3, B3.1**)

Durante a sessão de educação para a saúde foi também promovida a LDS, com destaque para o acesso a informação fidedigna, nomeadamente para a SPP[45]. As mães manifestaram-se bastante satisfeitas com o conteúdo no folheto, valorizando especialmente a possibilidade de consulta posterior através do *QR Code*, o que contribuiu para reforçar o processo de ensino-aprendizagem e o empoderamento parental[42]. (**E1**)

A avaliação da sessão foi realizada através de um questionário previamente aprovado, a análise reflexiva dos resultados (Apêndice WW) revelou uma avaliação muito positiva: 100% (n=3) das famílias participantes atribuíram a pontuação máxima às diferentes dimensões avaliadas. Nos comentários livres, destacaram-se a utilidade dos conteúdos abordados e o interesse por iniciativas futuras relacionadas com a utilização da inteligência artificial. Os resultados do questionário foram partilhados com a equipa de enfermagem, tendo um elemento da equipa manifestado interesse em trabalhar o tema sugerido por uma família, por ser a sua área de diferenciação. (**A1.1, D2.1, D2.3**)

Como última, a atividade 4: sessão de apresentação dos instrumentos desenvolvidos aos enfermeiros. Com o objetivo de apresentar os instrumentos

desenvolvidos no âmbito do projeto, bem como reforçar a importância da LDS no empoderamento parental. A concretização desta atividade foi suportada por um plano de sessão (Apêndice XX) e por uma apresentação formativa (Apêndice YY), ambos previamente aprovados. A sessão foi dinamizada com base numa apresentação estruturada, que contextualizou a pertinência do tema, relacionando os conceitos teóricos com a prática de cuidados, destacando a importância dos cuidados antecipatórios na segurança e prevenção de acidentes, em consonância com os princípios do PNSIJ[4]. (**D2**)

Foram apresentados os instrumentos elaborados e discutidas as orientações propostas para a documentação dos cuidados de enfermagem no *SClínico*®, crucial para garantir a qualidade, continuidade e segurança dos cuidados prestados. Reforçou-se que a PSE, após aprovação pela direção de enfermagem, será integrada no sistema institucional de qualidade, passando a ser alvo de auditorias internas, com data prevista para o próximo ano civil[63,64]. (**B2.1, B2.2**)

A avaliação da sessão foi realizada através de um questionário no *Google forms*®, obtendo-se a totalidade de respostas dos presentes 100% (n=7), a sua análise reflexiva (Apêndice ZZ) revelou resultados positivos. Os enfermeiros classificaram com a pontuação máxima todas as dimensões avaliadas relativamente à competência do preletor, clareza da exposição, definição dos objetivos, e capacidade de transmissão de conhecimentos. Os comentários livres evidenciaram a pertinência e atualidade da temática, destacando-se a abrangência dos conteúdos, a sua aplicabilidade prática e a clareza na sua apresentação. Esta avaliação reforça não só o alinhamento da intervenção com as necessidades sentidas pela equipa, como também a sua recetividade para a adoção da utilização dos instrumentos desenvolvidos para a prática. (**A2.2, D2**)

O objetivo delineado para este contexto foi concretizado, traduzindo-se em ganhos em saúde. A elaboração de instrumentos uniformizadores da prática, construídos com base na evidência e articulados com os diferentes serviços que prestam cuidados à díade, promoveu uma atuação mais segura, consistente e credível por parte da equipa de enfermagem na sua globalidade. A sua implementação favorece a coerência dos ensinos transmitidos, garantindo uma intervenção centrada na segurança e prevenção de acidentes e no reforço da parentalidade.

A sessão de educação para a saúde junto das famílias permitiu reforçar a proximidade, promovendo uma comunicação clara e acessível. A abordagem prática e participativa demonstrou-se eficaz na clarificação de dúvidas e no reforço da confiança

parental. A promoção da LDS foi um dos principais ganhos transversais a todas as atividades, quer pela disponibilização de conteúdos digitais validados, quer pelo estímulo à autonomia das famílias na procura de informação segura. Esta estratégia contribuiu para o empoderamento parental e para a continuidade de cuidados seguros no domicílio, potenciando comportamentos protetores e a redução de acidentes evitáveis[42,45].

A concretização do objetivo permitiu mobilizar competências de EEE comuns e específicas de EEESIP, mencionadas ao longo das atividades, bem como competências de mestre, entre as quais: ***a*) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; *b*) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos; *c*) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos[14, p.124].**

Em suma, a abordagem integrada à prevenção de acidentes nos primeiros três meses de vida revelou-se essencial para a segurança e o bem-estar da criança, reduzindo riscos e promovendo comportamentos protetores no regresso ao domicílio. A elaboração de instrumentos uniformizadores da prática, a produção de um folheto informativo bilíngue e a dinamização de uma sessão de educação para a saúde capacitaram os cuidadores, promoveram a LDS e fortaleceram a parentalidade. Estas intervenções foram sustentadas pelos princípios dos CCF e da parceria de cuidados, assegurando uma comunicação clara e participativa, e encontram suporte na Teoria das Transições de Afaf Meleis, ao facilitar a adaptação das famílias numa fase crítica de mudança e vulnerabilidade[2,11]. Por sua vez, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender reforça o valor da LDS como ferramenta para o empoderamento parental e para a tomada de decisões informadas[10,42,45]. O resultado traduziu-se em ganhos em saúde e no aumento da confiança e autonomia das famílias, ao mesmo tempo que me permitiu consolidar competências clínicas, educativas e éticas enquanto futura EEESIP, fortalecendo uma prática baseada na evidência e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

IV. Considerações Finais

Atualmente, o desenvolvimento de competências em LDS revela-se indispensável no âmbito da prática de cuidados, sobretudo considerando que as famílias, ao procurarem orientação em momentos de elevada vulnerabilidade, enfrentam desafios significativos decorrentes da ausência de curadoria digital e da crescente disseminação de informação não validada ou de qualidade duvidosa. Este cenário pode comprometer a tomada de decisões informadas e a adesão aos cuidados adequados, com impacto negativo na saúde e no bem-estar da criança e da sua família.

Deste modo, é imperativo que os profissionais de enfermagem, em particular os EEESIP, assumam um papel ativo na promoção de estratégias fundamentadas na evidência científica, garantindo o acesso a informação digital segura, rigorosa, atualizada e de fácil compreensão pelas famílias. Entre estas estratégias destacam-se a elaboração e disponibilização de materiais educativos digitais, a orientação para fontes fidedignas e o empoderamento parental para uma utilização crítica e responsável das tecnologias digitais em saúde. O papel do EEESIP vai além da intervenção direta junto das famílias, abrangendo também a dinamização da LDS entre os pares, promovendo a adoção de boas práticas baseadas na evidência e sensibilizando a equipa para os desafios emergentes no contexto da informação digital. Esta atuação contribui para uma resposta mais eficaz e integrada às necessidades complexas e multidimensionais das famílias, promovendo cuidados mais participativos, seguros e centrados na criança e na família.

Ao fortalecer a LDS, o EEESIP potencia o empoderamento parental, facilita a gestão autónoma da saúde da criança, particularmente em situações de doença aguda, e fomenta uma cultura de cuidados que valoriza a informação de qualidade, a tomada de decisão partilhada e a construção de terapêuticas baseadas na confiança e no respeito mútuo. O percurso formativo desenvolvido permitiu o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre, com impacto direto na prática e na melhoria contínua dos cuidados prestados. Este impacto refletiu-se na capacidade de integrar conhecimento científico atualizado, princípios éticos e modelos de parceria de cuidados na intervenção profissional, garantindo cuidados centrados na díade, seguros e humanizados.

Os objetivos delineados foram plenamente alcançados, com destaque para a introdução de um novo objetivo específico e a implementação de novas atividades nos diferentes contextos. Estas intervenções resultaram em ganhos efetivos em saúde,

evidenciados na capacitação e empoderamento parental, na uniformização de prática baseada na evidência, a melhoria da segurança dos cuidados prestados e na promoção estruturada da LDS - eixo transversal de todo o plano de projeto e potenciador da autonomia das famílias na gestão da doença na criança. A operacionalização do plano exigiu, contudo, uma elevada capacidade de adaptação, uma vez que a articulação entre os diferentes serviços prestadores de cuidados à criança e à família representou um dos principais desafios. A existência de dinâmicas próprias, recursos distintos e realidades diversas exigiu um esforço contínuo de negociação, comunicação e coesão estratégica, culminando numa resposta integrada e alinhada com os objetivos definidos.

Como perspetiva futura, destaca-se a manutenção da página *PediArtCare,* promotora de LDS e do empoderamento parental, com impacto esperado na segurança dos cuidados e na gestão da doença na criança. Prevê-se ainda, a continuidade do trabalho através da realização de projetos de investigação e da integração formal enquanto EEESIP, como elo de ligação ao PPCIRA, consolidando a intervenção especializada numa lógica de qualidade e segurança.

Concluindo, este percurso formativo constituiu uma experiência ímpar de crescimento pessoal e profissional, que permitiu a aquisição e o aperfeiçoamento de competências especializadas essenciais ao exercício avançado da enfermagem na área da saúde infantil e pediátrica. Para além do desenvolvimento técnico e científico, promoveu uma reflexão crítica e aprofundada acerca do papel fundamental e transformador do EEESIP no contexto do sistema de saúde contemporâneo. Reforçou a importância da atuação proativa, ética e baseada em evidência, orientada para a promoção de cuidados centrados na criança e na família e para o fortalecimento do empoderamento parental, nomeadamente através da LDS. Assim, evidencia-se o contributo decisivo do EEESIP enquanto agente dinamizador de práticas inovadoras, colaborativas e humanizadas, que promovem a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados.

Em suma, esta formação consolidou a minha capacidade para enfrentar os desafios complexos da prática atual, posicionando-me como um elemento imprescindível na promoção da saúde infantil e na melhoria dos resultados da díade, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento e valorização da profissão de enfermagem especializada.

V. Referências Bibliográficas

1. Machado GMA, Salomão NMR. Fontes de informações parentais tradicionais e o uso da internet no primeiro ano de vida do bebé. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. [INTERNET] 2022 Jun [cited 2024 Oct 17] vol.15 no.1 Available from: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202022000100004
2. Meleis AI. Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: In Springer Publishing Company; 2010. 11-48p.
3. WHO. Promoção da Saúde. WHO [INTERNET] 2009. [cited 2024 Oct 17] Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment
4. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma da Direção-geral da Saúde [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013 Mai [cited 2024 Out 17]. Available from: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saudeinfantil-e-juvenil.aspx;
5. Silva I, Jólluskin G, Cardoso P. Literacia em Saúde Relacionada com os Meios de Comunicação Social: enquadramento conceptual e criação de uma escala de avaliação. Comunicação.pública. [Internet] 2020. [cited 2025 fev 6] vol.15 nº29. Available from: https://journals.openedition.org/cp/11292
6. Woods L, Cummings E, Duff J, Walker K. Partnering in Digital Health Design: Engaging the Multidisciplinary Team in a Needs Analysis. Stud Health Technol Inform. [Internet] 2018. [cited 2025 fev 6] 252:176-181. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30040702/
7. Alves, D, Aparecida, G, Morais, T, Machado, A, de Sousa F, Silva, J. literacia digital de cidadãos e profissionais de saúde no contexto de soluções baseadas em eHEALTH: uma revisão sistemática da literatura. Anais Do Congresso Internacional De Conhecimento E Inovação – Ciki. [Internet] 2024. [cited 2025 fev 6] 1(1). Available from: https://proceeding.ciki.ufsc.br/index.php/ciki/article/view/1555/932
8. Monaco A, Palmer K, Holm Ravn Faber N, et al. Digital Health Tools for Managing Noncommunicable Diseases During and After the COVID-19

Pandemic: Perspectives of Patients and Caregivers. J Med Internet Res. [Internet] 2021. [cited 2025 fev 6] 23(1):e25652. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7850778/

9. Resolução do Conselho de Ministros nº34/2025. Diário da República: 1º serie, nº42. [Internet] 2025. [cited 2025 Apr 15]. p. 4-6. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/34-2025-909307237;
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7. ed. Boston: Pearson; 2015.
11. Cerqueira C, Barbieri-Figueiredo MC. Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 26-38 p.;
12. Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: II Série, no 133 [Internet] 2018. [cited 2024 Out 18] 19192-19194p. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf
13. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, nº 26 [Internet] 2019. [cited 2024 Out 18] 4744-4750p. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf
14. Regulamento n.º 705/2021, de 27 de julho, do Diário da República. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem artigo 7.º. Diário da República n.º 144/2021, Série II. [Internet] 2021. [cited 2024 Out 21] p. 122-129. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248
15. Zhao X, Fan J, Basnyat I, Hu B. Online Health Information Seeking Using "#COVID-19 Patient Seeking Help" on Weibo in Wuhan, China: Descriptive Study. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Jan 11];22(10):N.PAG. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=6700aa5d-d248-3eef-b8b6-d9c69f1da2c3
16. Du Y, Paiva K, Cebula A, Kim S, Lopez K, Li C, et al. Diabetes-Related Topics in an Online Forum for Caregivers of Individuals Living With Alzheimer Disease

and Related Dementias: Qualitative Inquiry. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2025 Jan 11];22(7):N.PAG. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=75bf51d9-195f-38a7-a82d-aff44343f81a

17. Baumann I, Jaks R, Robin D, Juvalta S, Dratva J. Parents' health information seeking behaviour - does the child's health status play a role? BMC Fam Pract. [Internet] 2020 [cited 2024 Nov 2];21(1) Available from: https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01342-3
18. Ashfield S, Donelle L. Parental Online Information Access and Childhood Vaccination Decisions in North America: Scoping Review. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Jan 11];22(10):N.PAG. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=a967cc34-c0b1-3e98-8388-0a26694cd79f
19. Nicholl H, Tracey C, Begley T, King C, Lynch AM. Internet Use by Parents of Children With Rare Conditions: Findings From a Study on Parents' Web Information Needs. J Med Internet Res. [Internet] 2017 [cited 2024 Nov 1];19(2):e51. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28246072/
20. Kubb C , Foran HM. Online Health Information Seeking by Parents for Their Children: Systematic Review and Agenda for Further Research. J Med Internet Res. [Internet] 2020 [cited 2024 Nov 1] 22(8). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32840484/
21. Frey E, Bonfiglioli C, Brunner M, Frawley J. Parents' Use of Social Media as a Health Information Source for Their Children: A Scoping Review. Acad Pediatr. [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 2] (4):526-539. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34906742/
22. Altawil H, Klawunn R, Dierks M-L, Lander J. Parental COVID-19-related health information practises, sources, evaluations and needs: A qualitative interview study. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2025 Jan 11];26(1):555–65. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=044db49d-dd00-38d1-bc37-6fc75f3b3f80

23. Slick N, Bodas P, Badawy SM, Wildman B. Accuracy of online medical information: the case of social media in sickle cell disease. Pediatric hematology and oncology [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Jan 11];40(2):99–107. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=8fda372e-92ee-3ee6-a1ee-994863223cd0
24. Hartling L, Elliott SA, Wright KS, Knisley L, Scott SD. "It's quite a balancing act": A qualitative study of parents' experiences and information needs related to the COVID-19 pandemic. Health Expectations [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 Jan 11];27(1):1–12. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=1d2c8573-5aab-35fa-b635-6c95da7a8d8a
25. Gruebner O, van Haasteren A , Hug A , Elayan S , Sykora M , Albanese E Naslund, J Wolf, M Fadda, M von Rhein M. Digital Platform Uses for Help and Support Seeking of Parents With Children Affected by Disabilities: Scoping Review. J Med Internet Res . [Internet]. 2022. [cited 2024 Nov 2] 24(12):e37972 Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36472896/
26. Duman C. YouTube™ quality as a source for parent education about the oral hygiene of children. International Journal of Dental Hygiene [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2025 Jan 11];18(3):261–7. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=05a0758b-2389-3c0a-8dbf-7ce20f8a5257
27. Ribeiro OMPL, Martins MMFP da S, Vandresen L, Silva JMAV da, Cardoso MFPT de. USEFULNESS OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES: PORTUGUESE NURSES' LOOK. Texto contexto - enferm [Internet]. 2021; [cited 2024 Nov 2]; 30:e20190139 Available from: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0139
28. Li P, Luo Y, Yu X, Wen J, Mason E, Li W, et al. Patients' Perceptions of Barriers and Facilitators to the Adoption of E-Hospitals: Cross-Sectional Study in Western China. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2025 Jan 11];22(6):N.PAG. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=6be8528d-1675-3d53-a1dd-516e466be1b7

29. Marchetti F, Verazza S, Brambilla M, Restivo V. Rotavirus and the web: analysis of online conversations in Italy during 2020. Human vaccines & immunotherapeutics [Internet]. 2022 Dec 31 [cited 2025 Jan 11];18(1):2002087. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=a83a3fcc-eefe-3d6e-9842-e1867d096a6b
30. Dubé E, Trottier M-E, Gagnon D, Bettinger JA, Greyson D, Graham J, et al. Exploring parents' views of the use of narratives to promote childhood vaccination online. PloS one [Internet]. 2023 Jul 19 [cited 2025 Jan 11];18(7):e0284107. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=dc10d010-4699-3225-ba5d-ca2d141f5ab1
31. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res. [Internet] 2006 Jun [cited 2025 fev 6] 16;8(2):e9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16867972/
32. Souza NFML de. eHealth literacy: convergences, divergences and possible paths for an evolving field. Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro. [Internet]. jul.-set, 2024 [cited 2025 fev 6] v. 18, n. 3, p. 695-715 Available from: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3746/2743
33. Félix-Mateus A, Días da Silva L. Comunicação digital: estratégia na literacia em saúde. Revista de Ciencias de la Comunicación e Información. [Internet]. 2023. [cited 2025 fev 6] 28, 174-189 Available from: https://www.revistaccinformacion.net/index.php/rcci/article/view/288/644
34. Sousa CM, Sousa L, Baixinho CL. Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença aguda. 1º Edição. SABOOCK Editora. 2021. P. 293-387
35. Berlim C. A literacia em saúde: Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da Revista Portuguesa de Literacia em Saúde. Revista Portuguesa de Literacia em Saúde. [Internet] 2023. [cited 2025 fev 6] Edição 1. Available from: https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/4.pdf
36. Hockenberry M, Wilson D. Wong Fundamentos de ENFERMAGEM PEDIÁTRICA. 7.ª ed. Elsevier Editora, Ltda; 2006. P.178-387.
37. Saraiva H, Sousa A. Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. 1.a ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2022. p. 1-25

38. Projeto criança e família. Doenças comuns e outros problemas. Sociedade Portuguesa de Pediatria. [internet] 2020 a 2024 [cited 2024 Nov 3]. Available from: https://criancaefamilia.spp.pt/doencas-comuns-e-outros-problemas/
39. Chora MA. O Lactente. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 136-146 p.;
40. Naz H, Ganai NA. Family-Centered Care in Pediatric Nursing. Adv Nursing Patient Care Int J [Internet] 2023. [cited 2025 fev 6] 6(1): 180066. Available from: https://academicstrive.com/ANPCIJ/ANPCIJ180066.pdf
41. Loureiro FM, Antunes AVRA, Charepe ZB. Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: scoping review. Rev Bras Enferm. [Internet] 2021; [cited 2025 fev 6] 74(3):e20200265. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265
42. Ramos A. A Criança e o Jovem como Foco de Cuidados: Empoderamento da criança, Jovem e Família. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 13-23 p.;
43. Goes AR. Literacia em Saúde parental: dos fundamentos às intervenções. Sáude & tecnologia. [Internet] 2019. [cited 2024 Nov 2] 22. P. 08-12. Available from: http://hdl.handle.net/10400.21/11464
44. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Internet]; 2017. [cited 2025 Jul 20]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
45. WHO. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. World health Organization. [internet] 2019. [cited 2024 Nov 2]. P. 59. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1
46. UNICEF. Convenção sobre os Direitos das Crianças e Protocolos Facultativos. [Internet]. Assembleia Geral das Nações Unidas; 2019. [cited 2025 Jan 30]. Available from: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
47. European Association for Children in Hospital. Carta da Criança Hospitalizada. [Internet]. Leiden: Instituto de Apoio à Criança; [cited 2025 Jan 30] 1988 4o

edição, Maio 2008; Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_cri anca_hospitalizada.pdf.

48. Vargas AP de M, Vargas MF de M, Mendes JO, Tonin L, Makuch DMV. Cuidados centrados na familia do recém-nascido: percepção da equipe multidisciplinar de saúde. Research Society and Development. [Internet] 2022. [cited 2025 fev 9] 11(9):e31511931885. Available from: https://www.researchgate.net/publication/361947121_Cuidado_centrado_na_familia_do_recem-nascido_percepcao_da_equipe_multidisciplinar_de_saude/citations#fullTextFileContent
49. Faquinello P, Higarashi IH, Marcon SS. Humanized care in a pediatric unit: the perception on the hospitalized child's companion. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2007. [cited in 2025 jan 7] 16 (4) Available from: https://www.scielo.br/j/tce/a/r58wNdS4RqxjWTFLxwYHHpr/abstract/?lang=en
50. Cruz AC, Angelo M. Good relationships with families in the neonatal and pediatric context: definition from the nurses' perspective. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. [Internet] 2018. [cited in 2025 jan 7] v. 18, n.2. p 69-77. Available from https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-18-2-0069/2238-202X-sobep-18-2-0069.x85682.pdf
51. Gibbs G. Learning by doing. [Internet]. Oxford Brookes University. 2013. [cited 2025 fev 4]. p. 10-134. Available from: https://stephenp.net/wp-content/uploads/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf
52. Afonso T, Loureiro F. Cuidados à criança em situação critica – Reflexão segundo ciclo reflexivo de aprendizagem. Enformação. [Internet] 2018. [cited 2025 fev 4]. Nº9. Available from: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36823/1/Artigo_FLoureiro_07_2021.pdf
53. Chaisuwan C, Witoonsakul P, Nookong A, Effectiveness of Online Health Literacy Program for COVID-19 Prevention among Teachers in Childcare Centers: A Quasi- experimental Study. Pacific Rim Int J Nurs Res. [Internet]. 2022 [cited 2025 fev 4] 26(2) p.254-268. Available from:

https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=9f53cb3f-fc11-3bcd-8b88-bcdfef13ae96

54. Ventura-Silva JMA, Martins MMFP da S, Trindade L de L, Ribeiro OMPL, Cardoso MFPT. Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. Journal Health NPEPS. [Internet]. 2021. [cited 2024 Nov 28]. 6(2):278-295. Available from: https: http://dx.doi.org/10.30681/252610105480
55. Direção Geral de Saúde. Norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). DGS. [internet] 2013. [cited 2025 Jul 31]. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf
56. Rocha P. O uso terapêutico da comunicação. Ordem dos Enfermeiros - Açores [Internet]. 2024. [cited in 2025 Ago 1] p. 19. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34686/25_08_2024-22363-página-19-geral.pdf
57. Barimani M, Forslund Frykedal K, Rosander M, Berlin A. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. ELSEVIER. [internet] 2018 [cited 2025 Ago 1] Feb;57:1-7. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817301699
58. Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2023. [cited 2025 Ago 1] Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0
59. Barlow J, McMillan AS, Kirkpatrick S, Ghate D, Smith M, Barnes J. Health-Led parenting interventions in pregnancy and the early years. Department for children, schools and families. [Internet] 2008. [cited 2025 Ago 1] Available from: https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/8573/1/DCSF-RW070.pdf
60. Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A, Capítulo 3 – Métodos de Trabalho para a Prestação de Cudiados de Enfermagem. In: Parreira P, Queirós PJP, Oliveira A. Gestão nas Organizações de Saúde Volume 2 – Pessoas, Formação e Desenvolvimento Profissional. [Internet] 1ª ed. Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio as Cuidados de Saúde dos Pequenitos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas; 2022. P. 147 – 193

[Cited 2024 Dec 28]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Paulo-Queiros-2/publication/368472162_Metodos_de_trabalho_para_a_prestacao_de_cuidados_de_enfermagem_Capitulo_3_-_Gestao_nas_Organizacoes_de_Saude_Volume_2/links/63eaaae14dcb750da757188d/Metodos-de-trabalho-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem-Capitulo-3-Gestao-nas-Organizacoes-de-Saude-Volume-2.pdf

61. Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, Gibbins A, Franck L. The Universe of development care: A new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. Advances in Neonatal Care. 2008. 8(3). p.141-147.
62. Suna Dağ Y, Yayan EH, Özdemir R. The effect of massage, wipe bathing and tub bathing on physiological measurements of late premature newborns: A randomized controlled trial. Journal of Neonatal Nursing. [internet] 2021 [cited 2025 Ago 3]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1355184121001460
63. Bindon SL. Professional Development Strategies to Enhance Nurses' Knowledge and Maintain Safe Practice. AORN J. [Internet] 2017 [cited 2025 Ago 3]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28755675/
64. Ordem dos Enfermeiros. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. [internet] 2007. [cited 2025 Ago 3] Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
65. SNS 24. Guia para Pais. DGS. [Internet] 2023. [cited 2025 Jn 2]. Available from: https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/#o-que-e-o-programa-janela-aberta-a-familia
66. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Nascer Prematuro em Portugal. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. [internet] [cited 2025 Ago 3] Available from: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf
67. Queirós PJP. The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. Invest Educ Enferm. [Internet] 2015 [cited 2025 Jan 21]; 33(1): 83-91. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n1/v33n1a10.pdf

68. Lamb FA, Beck CLC, Coelho APF, Vasconcelos RO. Trabalho de enfermagem em pronto socorro pediátrico: entre o prazer e o sofrimento. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [cited in 23 Jan 2025]; 24. Available from: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59396
69. Diogo PMJ, Freitas BHBM de, Costa AIL da, Gaíva MAM. Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021. [cited 2024 Out 10] 74(4):e20200377. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377
70. Fernandes A. Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 40-55 p.;
71. Lei nº 33/2009 do Ministério Público. Diário da República: I Série. n.o 57. [Internet] 2014 [cited 2024 Jul 8] Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943
72. Diogo P. Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2. ª versão revista). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem [Internet]. 2019 Nov. [cited 2025 Ago 5]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/PaulaDiogo/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/links/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/Trabalho-Emocional-em-Enfermagem-Pediatrica-umModelo-orientador-da-pratica-2-versao-revista.pdf
73. Toney-Butler TJ, Thayer JM. Nursing Process. StatPearls Publishing [Internet]. 2023 [cited 2025 Sept 15] Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/
74. Akutsu K, Goto A, Abo-Rass F, Yokoyama H. Evaluating the Effectiveness of Parent Training Pamphlets: An Intervention Study Among Parents at Child Health Checkups. Journal of Primary Care & Community Health. [Internet] 2025 [cited 2025 Ago 5]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39887217/
75. McCrossan P, Mallon O, Shields MD, Russell C, Kennedy L, O'Donoghue D. How we teach children with asthma to use their inhaler: a scoping review. Ital J Pediatr. [Internet] 2022 [cited 2025 Ago 5] 1;48(1):52. Available from: doi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8972732/

76. BAHIA PM dos S, BICHARA ID, SANTOS IA dos. De objeto a sujeito: o brincar de crianças em uma brinquedoteca hospitalar. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.* [Internet]. 2018 [cited 2025 fev 3]. vol.38, n.95 pp.230-237. Available from: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200010
77. Santos L. Porquê Brincar no Hospital?. In: Oliveira VB. Brinquedoteca – Uma Visão Internacional. Editora Vozes [Internet]. Petrópolis; 2011. [cited 2025 fev 3]. p. 1-5. Available from: https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/06/porque-brincar-hospital.pdf
78. Gill, Anne e Kelly, Nancy. Pediatric injury prevention: Epidemiology, history, and application. *UpToDate*® . [Online] 2022. [cited 2025 fev 3] Available from: https://www.uptodate.com/contents/pediatric-injury-prevention-epidemiology-history-and-application/print?search=accidents%20prevention&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5.
79. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzeha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, Kourkouta L. Uma Visão Geral da Terapia de Jogo. Mater Sociomed. [internet] 2021 [cited 2025 Ago 6] Dez;33(4):293-297. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35210953/
80. Baptista Sérgio MSSB, de Carvalho ALRF, Barroso Pinto CMC. Perception of Portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care. Rev Bras Enferm. [Internet] 2023 [cited 2025 Ago 6] Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/4fkz95zL78nwDzGckSdMmGt/
81. Pei-Ying KO, Chen-Shie HO, Pei-Hung LIAO. The impact of a multilevel interactive nursing quality control and audit application on nursing quality management. BMC Nurs. [Internet] 2021 [cited 2025 Ago 6] Available from: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00767-0
82. Bayomy HE, Alshalan MMT, Alanazi WK *et al.* Domestic injuries among children: knowledge, attitudes, and practices of first aid among mothers in Arar, Saudi Arabia.*BMC Pediatr* [internet] 2025 [cited 2025 sept 18] 25, 300. Available from: https://doi.org/10.1186/s12887-025-05583-y

83. Burch C, Webb A, Jorge E, *et al.* Safe at home: prevention of pediatric unintentional injuries. *Inj. Epidemiol.* [internet] 2023. 2025 [cited 2025 sept 18] 10 (Suppl 1), 30. Available from: https://doi.org/10.1186/s40621-023-00442-9
84. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas: O sono na criança e no adolescente. Ordem dos Enfermeiros. [Internet] 2023 [cited 2025 Ago 6] Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf
85. DeGeorge KC, Neltner CE, Neltner BT. Prevention of Unintentional Childhood Injury. American Family Physician [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Jun 18];102(7):411–7. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=8bc76877-4c7f-3ed7-adf9-c1a30877ccce
86. Mi-Seon Kim, Mi Hye Kim, Sunhwa Park. A Phenomenological Study on Vietnamese Immigrant Mothers Married to Koreans' Parenting Experience in Preventing Infant Accidents and Injuries. Research in Community & Public Health Nursing (RCPHN) [Internet]. 2025 Mar 1 [cited 2025 Ago 6];36(1):99–111. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=d345c656-abcf-3898-968a-f619197475a6
87. Kim MY, Lee HN, Lee YK, Kim JS, Cho H. Analysis of research on interventions for the prevention of safety accidents involving infants: a scoping review. Child health nursing research [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2025 Ago 5];28(4):234–46. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=4b81a672-938d-3d4e-8498-59cf2b242033

Apêndices

Apêndice A - Diagrama de PRISMA

Apêndice B – Plano de Projeto

Apêndice C – Cronograma de Atividades Módulo I

Apêndice D – Cronograma Provisório de Atividades Módulo II

Apêndice E - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Cuidados na Comunidade

Apêndice F - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Internamento Neonatologia

Apêndice G - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Urgência Pediátrica

Apêndice H - Análise Reflexiva ao questionário para Diagnóstico de Situação, relativa às necessidades das famílias na gestão da doença aguda na criança no primeiro ano de vida - Internamento Pediatria

Apêndice I - Reflexão do percurso nos Cuidados na Comunidade, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice J - Reflexão do percurso o Internamento de Neonatologia, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice K - Reflexão do percurso na Unidade Pediátrica, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice L - Reflexão do percurso no Internamento de Pediatria, segundo as Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice M – Resumo Revisão Sistemática da Literatura: "Brincadeira Terapêutica como Estratégia de Comunicação nos Cuidados à Criança: Revisão Sistemática da Literatura"

Apêndice N – Documento Uniformizador da Prática "Cuidados à Criança com Diarreia e Vómitos Ligeiros"

Apêndice O – Folheto Informativo "Vómitos e Diarreia, o que fazer? (Português e Inglês)

Apêndice P – Documento Uniformizador da Prática "Febre na Criança"

Apêndice Q – Cartaz Informativo: “Febre na Criança”

Apêndice R – Informação *Qr Code* Cartaz Informativo "Febre na Criança" (Português e Inglês)

Apêndice S – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Folheto: Diarreia e Vómitos; Cartaz: Febre Na Criança

Apêndice T – Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Folheto: Diarreia e Vómitos; Cartaz: Febre Na Criança

Apêndice U – Análise Reflexiva dos Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Folheto: Diarreia e Vómitos; Cartaz: Febre Na Criança

Apêndice V – Documento Uniformizador de Práticas do *Workshop* "Vamos à Urgência? Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio"

Apêndice W – Plano de Sessão do *Workshop* "Vamos à Urgência? Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio"

Apêndice X – *Workshop* "Vamos à Urgência?" Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio.

Apêndice Y – Análise Reflexiva dos Resultados do Questionário de Avaliação do *Workshop* "Vamos à Urgência?" Sinais de Alarme/Gestão de Sintomatologia no Domicílio.

Apêndice Z – Procedimento Sectorial de Enfermagem "Ensinar a família sobre os sinais de alerta no recém-nascido após a alta"

Apêndice AA – Cartaz Informativo "Quais os sinais que devo estar atento quando for para casa?"

Apêndice BB – Vídeo Informativo "Sabe identificar os sinais de Alerta no seu bebé? (Português e Inglês)

Apêndice CC – Livro de Preparação para a Alta: “Alta do Recém-nascido”

Apêndice DD – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Ensinar os pais sobre os sinais de alerta no recém-nascido - preparação para a alta

Apêndice EE – Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Ensinar os pais sobre os sinais de alerta no recém-nascido - preparação para a alta

Apêndice FF – Análise Reflexiva dos Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido - Ensinar os pais sobre os sinais de alerta no recém-nascido - preparação para a alta

Apêndice GG – Plano de Sessão, Sessão de Formação: "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família"

Apêndice HH – Cartaz de divulgação da formação aos enfermeiros "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família"

Apêndice II – Sessão de Formação: "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família"

Apêndice JJ - Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: "Estratégias de Gestão Emocional do Enfermeiro no Cuidar da Criança e Família"

Apêndice KK – Instrução de Trabalho “Limpeza das Vias Aéreas”

Apêndice LL – Vídeo Informativo "Lavagem Nasal na Criança" (Português e Inglês)

Apêndice MM – Cartaz Informativo "Lavagem Nasal na Criança"

Apêndice NN – Instrução de Trabalho "Dispneia: Inaloterapia"

Apêndice OO – Cartaz Informativo "Técnica Inalatória com inalador (pMDI) e câmara expansora (CE) com máscara" (português e inglês)

Apêndice PP – Cartaz Informativo "Técnica Inalatória com inalador (pMDI) e câmara expansora (CE) com bocal" (português e inglês)

Apêndice QQ – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação "A Literacia Digital em Saúde e o Empoderamento Parental na Gestão da Doença Aguda no Primeiro ano"

Apêndice RR – Sessão de Formação: "A Literacia Digital em Saúde e o Empoderamento Parental na Gestão da Doença Aguda – Apresentação do Projeto Desenvolvido"

Apêndice SS – Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: "A Literacia Digital em Saúde e o Empoderamento Parental na Gestão da Doença Aguda no Primeiro ano de Vida – Apresentação do Projeto Desenvolvido"

Apêndice TT – Procedimento Sectorial de Enfermagem "Prevenção de Acidentes (0-3meses)"

Apêndice UU – Folheto Informativo "Prevenção de Acidentes em Crianças. Vamos ajudar!" (português e inglês)

Apêndice VV – Sessão de Educação para a Saúde "Prevenção de Acidentes na Criança"

Apêndice WW – Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde - Prevenção de Acidentes na Criança

Apêndice XX – Plano de Sessão, Sessão de Apresentação Do Projeto Desenvolvido – Prevenção de Acidentes na Criança

Apêndice YY – Sessão de Apresentação do Projeto Desenvolvido – Prevenção de Acidentes na Criança

Apêndice ZZ – Análise Reflexiva ao Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde - Prevenção de Acidentes na Criança

Anexos

Anexo I – Certificado de Presença na 14.ª Reunião Pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier – ULS Lisboa Ocidental

Anexo II – Certificado de Presença no Curso "ABC Diabetes"

Anexo III – Certificado de Presença *Workshop* de "Procedimentos em Neonatologia/Pediatria"

Anexo IV – Certificado de Presença no "IX Encontro Nacional da APEPEN - Cuidados Pediátricos Integrados: Abordagens Multidimensionais"

Anexo V – Certificado de Presença no "Curso de Trauma em Urgência"

Anexo VI – Certificado de Presença no "Ciclo de *Webinars* em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos - sessões 1, 2 e 3"

Anexo VII – Certificado de Presença no *Webinar* "Brincar é Aprender"

Anexo VIII – Certificado de Presença no *Webinar* "Sono na Criança/Jovem: Vamos continuar a dormir sobre o assunto?"

Anexo IX – Certificado de Presença no *Webinar* "Enfermagem Digital e o Uso da Inteligência Artificial"

Anexo X – Certificado de Presença no *Webinar* do "Dia Mundial dos Cuidados Paliativos em Pediatria"

Anexo XI – Certificado de Presença no "VIII Encontro Nacional da APEPEN - Construindo o futuro do SIP: Inovação, Qualidade e Segurança em debate"

Anexo XII – Certificado de Presença no "II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem - Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Anexo XIII – Certificado de Presença na "III Convenção Internacional dos Enfermeiros – "Tempo de Respostas"

Anexo XIV – Certificado de Participação como coautora no "1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz vermelha Portuguesa Lisboa"

Anexo XV – Certificado de Participação como coautora no "X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem"

Anexo XVI – Certificado de Participação como autora no "IX Encontro Nacional da APEPEN"