



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Da Neonatologia para Casa:
Cuidados de Enfermagem Facilitadores da Transição**

From Neonatology to Home:
Nursing Care to Facilitate the Transition

Anexos e Apêndices

Ana Isabel Morais Montoito

**Lisboa
2024**

Índice de Apêndices e Anexos

Índice de Apêndices

Apêndice I. Mapa conceptual

Apêndice II. Cronograma

Apêndice III. Documento Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice IV. Jornal de Aprendizagem – Estratégias não farmacológicas de alívio dor

Apêndice V. Folhetos Pais Informados, Crianças felizes

Apêndice VI. Da Conceptualização à Planificação – Consulta Adolescente

Apêndice VII. Sessão “Infeções Respiratórias em Pediatria”

Apêndice VIII. Folheto “Infeções Respiratórias em Pediatria”

Apêndice IX. Excessiva afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica – Que soluções?

Apêndice X. Cartões comemorativos meses

Apêndice XI. Diários do Recém-Nascido

Apêndice XII. Livro “Pequenos em Tamanho, Grandes em Amor – A História dos Pequenos Guerreiros”

Apêndice XIII. Apresentação Dia Mundial da Prematuridade

Apêndice XIV. Diagnóstico de Situação acerca do Processo de Preparação do Regresso a casa dos RN e famílias internados na UCIN

Apêndice XV. Intervenções Facilitadoras da Transição do Recém-Nascido e Família da Neonatologia para Casa: Protocolo de uma Revisão Scoping

Apêndice XVI. Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem “Vamos para Casa e Agora?”

Índice de Anexos

Anexo I. Certificado de participação na Reunião Científica “A transição da Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?”

Anexo II. Certificado de participação Congresso de Saúde Pública 23

Anexo III. Certificado de participação na Reunião Científica “A interação precoce na unidade de neonatologia: o seu impacto na díade pais-bebé”

Anexo IV. Certificado de participação nas Jornadas "Um dia em Alcabideche... Saúde Infantil e Juvenil"

Anexo V. Certificado de participação no XV Congresso Internacional de Feridas

Anexo VI. Certificado de participação no XV Congresso Internacional de Feridas, como autor da comunicação livre com o título "Humidade.... Uma aliada na prevenção de feridas – a experiência da Neonatologia"

Anexo VII. Certificado de participação na Aula Aberta "Diversidade de género em crianças e jovens - que desafios éticos enfrenta o enfermeiro especialista?"

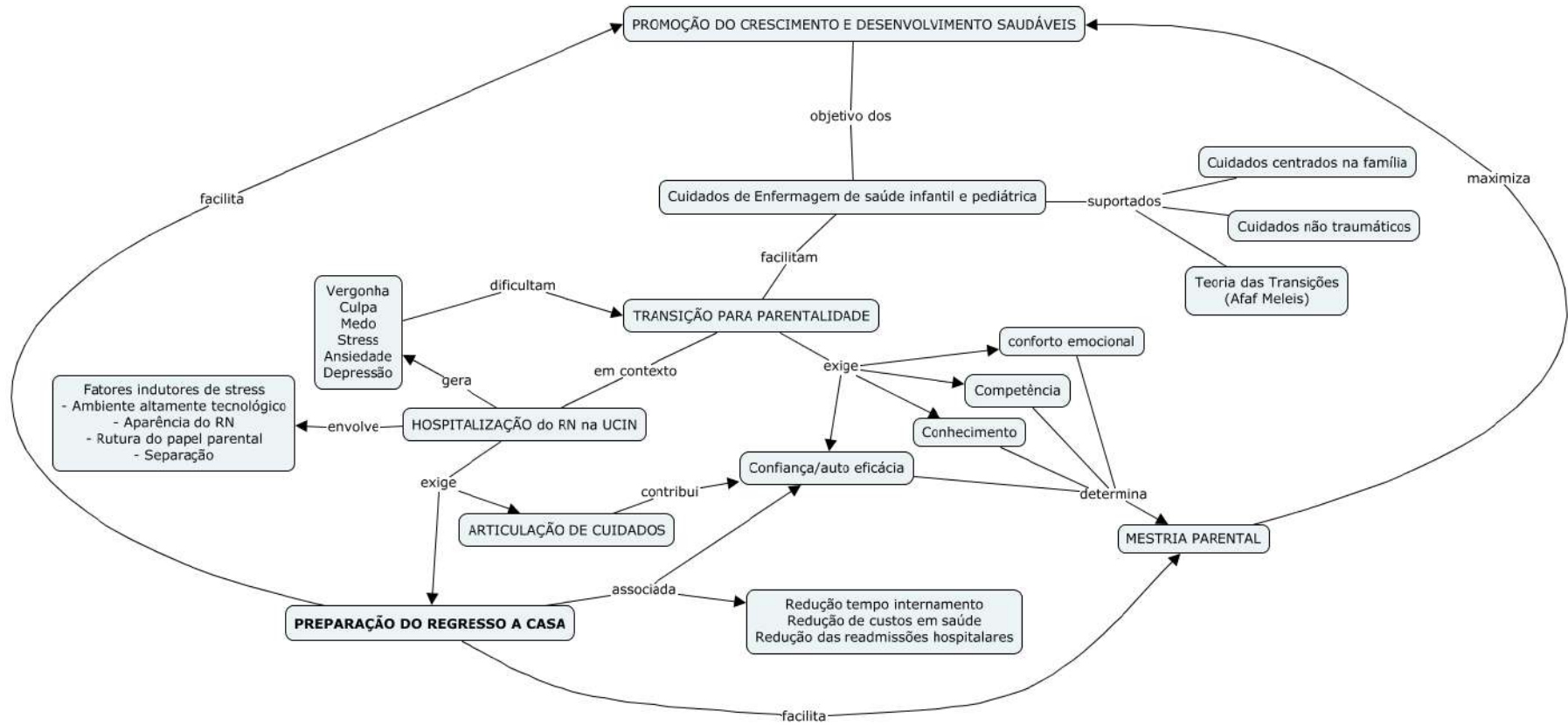
Anexo VIII. Certificado de coautoria do artigo intitulado "Humidade.... Uma aliada na prevenção de feridas – a experiência da Neonatologia"

Anexo IX. Certificado de coautoria do artigo intitulado "Um olhar sobre a condição da pele do recém-nascido: Neonatal Skin Condition Score"

Apêndices

Apêndice I. Mapa Conceptual

Mapa Conceptual



Apêndice II. Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio

Ano	2023																2024																
Meses	Junho				Julho				Agosto	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro					
Dias	5	12	19	26		3	10	17			2	9	16	23	30		6	13	20	27		4	11	18	25	1	8	15	22	29		5	
	11	18	25		2	9	16	23			8	15	22	29		3	12	19	26		3	10	15	24	31	7	14	21	28		4	9	
Semanas	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a			8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a	21 ^a	22 ^a	23 ^a	24 ^a	25 ^a	26 ^a					
Centro de Desenvolvimento Infantil								PAUSA LETIVA																									
Cuidados de Saúde Primários - USF																																	
Internamento de Pediatria																																	
Urgência Pediátrica																																	
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais																																	

Apêndice III. Documento Orientador das Atividades de Estágio



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Ana Isabel Morais Montoito

Regente Unidade Curricular:
Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Professor Orientador:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaco Marques

Lisboa
junho 2023

Índice

Nota Introdutória	3
1. Identificação do Projeto	4
2. Problemática de Enfermagem	5
3. Objetivos, Atividades e Competências a Desenvolver	9
3.1. Consulta de Desenvolvimento Infantil	10
3.2. Centro de Saúde – Unidade de Saúde Familiar	15
3.3. Serviço de Internamento de Pediatria.....	19
3.4. Serviço de Urgência Pediátrica.....	24
3.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	29
Referências Bibliográficas	34

Nota Introdutória

O presente documento foi construído com base no projeto já desenvolvido e tem como principal finalidade sintetizar o conteúdo do mesmo, permitindo a sua discussão e adaptação ao contexto, com a Prof^a e o Enf^o orientadores, promovendo um espaço de discussão, adaptação e melhoria do projeto.

O percurso formativo a desenvolver ao longo dos estágios, alicerçado nos aportes teóricos relevantes, visa o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), integrando as diferentes dimensões do exercício profissional e das competências de Mestre.

Ao longo do percurso formativo, a par do desenvolvimento de competências, proponho-me a estudar o fenómeno da **transição no regresso a casa do RN hospitalizado e sua família**, com o objetivo de identificar terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição. É incontornável a responsabilidade do enfermeiro, e especialmente do EESIP, na preparação do regresso a casa, por forma a que este seja tranquilo e seguro para os pais e RN, maximizando o potencial da família e promovendo a sua saúde e dinâmica, antecipando necessidades reais e cenários possíveis, por forma a garantir atempadamente a sua satisfação e resolução (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Apesar da evidência produzida neste sentido e da inequívoca responsabilidade dos enfermeiros, a preparação do regresso a casa continua a ser um cuidado frequentemente tardio ou omissivo, com repercussões a vários níveis (Smith, 2021; Weiss et al., 2017).

A adequação da preparação do regresso a casa tem o potencial de reduzir o tempo de internamento, com todos os benefícios ao nível da relação e vínculo pais-RN (Altimier & Phillips, 2016; Weiss et al., 2017), e o número de readmissões hospitalares (Weiss et al., 2017), mas também de assegurar o sucesso da reorganização e adaptação da criança e família face à nova realidade. Desta forma, o planeamento apropriado do regresso a casa deve ser o culminar de um programa de melhor prática clínica e a garantia de que as dificuldades inerentes à transição, da criança e família, serão minimizadas, visando a mestria dos pais no exercício da sua parentalidade, maximizando a segurança, autonomia e autoeficácia.

1. Identificação do Projeto

Título: Regresso a casa do Recém-Nascido hospitalizado: O cuidado de enfermagem como facilitador da mestria parental

Data do início: 5 de Junho de 2023

Duração: 22 semanas

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Recém-nascido; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; Transição do Hospital para Casa; Parentalidade.

Instituições Envolvidas:

- Consulta de Desenvolvimento Infantil (2 semanas)
- Centro de Saúde – Unidade de Saúde Familiar (5 semanas)
- Serviço de Internamento de Pediatria (5 semanas)
- Serviço de Urgência Pediátrica (5 semanas)
- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (5 semanas)

2. Problemática de Enfermagem

O EEESIP tem como missão prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde, assim com identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa, com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde possível, independentemente do contexto em que a criança/jovem se encontre (OE, 2011b). Nesta linha de pensamento, nós, enfermeiros, esforçamo-nos diariamente e investimos no sentido de prestar cuidados de enfermagem de excelência, capazes de responder às necessidades, ao nível da saúde, das crianças e suas famílias, com suporte na melhor evidência científica disponível e enfoque na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. A par deste investimento pessoal na aquisição e desenvolvimento de competências no cuidar em enfermagem, é essencial que não esqueçamos a família como constante na vida da criança, devendo ser capazes de proporcionar um Cuidado Centrado na Família (CCF), com o intuito de facilitar o desenvolvimento de competências parentais que permitam dar resposta às necessidades de todos os membros da família, nomeadamente da criança, contribuindo ativamente para o seu desenvolvimento e crescimento harmoniosos e saudáveis.

Os avanços da medicina e da tecnologia em saúde têm contribuído para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre os RN extremamente prematuros ou gravemente doentes (Docherty et al., 2017). Ainda assim, o contexto da UCIN continua a ser um exemplo paradigmático da dualidade decorrente do desenvolvimento técnico-científico, onde intervenções “benevolentes” ao RN carregam em si um potencial devastador nos mesmos, provocando, inadvertidamente, a exposição a fatores importantes de morbidade (Branquinho, 2013), que incrementam e complexificam as suas necessidades em saúde (Hey et al., 2021). É neste sentido essencial que haja investimento na reflexão acerca do cuidado de enfermagem neste ambiente, direcionado ao RN e famílias particularmente vulneráveis, mobilizando a melhor evidência científica, ancorando-o em alicerces teóricos válidos e orientadores da prática, numa lógica permanente de enfermagem avançada.

A UCIN, apesar de ser um ambiente imprescindível à sobrevivência do RN prematuro ou gravemente doente, é também um ambiente hostil, com uma aparência altamente tecnológica, onde são realizados diversos procedimentos invasivos, potencialmente geradores de dor, e no qual há obstáculos à dádiva de afeto ao RN, pelo seu aspeto, pela presença de dispositivos médicos, pela permanência deste na incubadora, entre outros. Ao internamento na UCIN, associa-se uma inevitável separação do RN dos pais, imediatamente após o parto, privando a díade do primeiro contacto, interrompendo e dificultando o processo de vinculação (Sousa et al., 2013), podendo representar um episódio potencialmente traumático. Justifica-se assim, neste contexto, a inclusão dos princípios dos cuidados não traumáticos, podendo estes ser definidos por cuidados terapêuticos que visam eliminar ou minimizar o sofrimento psicológico e físico da criança e da sua família, através da prevenção e minimização da sua separação, da promoção do sentimento de controlo, bem como da evicção ou minimização da lesão corporal e dor (Hockenberry, 2017).

A transição para a parentalidade é considerada um dos maiores desafios da vida adulta, pela responsabilidade que acarreta e pelas mudanças e adaptação que exige a todos os membros da família (Cardoso et al., 2015; Meleis et al., 2010; Mercer, 2010; OE, 2015). Sendo que, tornar-se mãe e pai não é um processo intuitivo, mas sim um processo social e cognitivo que requer aprendizagem (Mercer, 2006, 2010), dificultado em contexto de internamento na UCIN. À luz da teoria das transições, importa considerar as perceções, expectativas e necessidades de aprendizagem dos pais no processo de transição, bem como a sua preparação, conhecimentos e habilidades, na medida em que estes fatores têm o potencial de facilitar ou inibir a transição (Meleis et al., 2010; Mercer, 2010).

No sentido de facilitar a transição para a parentalidade, quando o RN se encontra hospitalizado, é essencial permear a prática diária com a filosofia dos CCF, reconhecendo a família como uma constante na vida da criança e trabalhando em parceria com a mesma, no sentido de alimentar as suas forças e explorar as suas potencialidades, incentivando-a a participar no cuidado ao seu bebé e nas decisões relacionadas com o mesmo (Smith, 2021; Walter & Robb, 2019). Esta filosofia de cuidados está relacionada com maiores níveis de satisfação das famílias, na medida em que promove um maior sentimento de competência e confiança dos pais, reduzindo o *stress*, e associa-se ainda à

diminuição do tempo de internamento e melhores resultados ao nível do desenvolvimento dos bebés (Altimier & Phillips, 2016; Smith, 2021).

Neste sentido, os cuidados não traumáticos e os CCF devem permear qualquer interação e cuidado à criança e família, com o intuito de minimizar os aspetos potencialmente ameaçadores associados aos fatores de stress induzidos pela hospitalização, condição de saúde do RN e transição para a parentalidade e no regresso a casa do RN hospitalizado, antecipando-os e prevenindo-os (Kassam-Adams et al., 2015; National Child Traumatic Stress Network, 2014).

De acordo com os princípios da Carta da Criança Hospitalizada, compreende-se que o internamento de uma criança deve ser uma hipótese de última instância, quando outra não esteja disponível (European Association for Children in Hospital, 2004). No entanto, sabemos que esta realidade é muitas vezes incontornável, especialmente quando nos referimos a nascimentos prematuros ou RN gravemente doentes, que necessitam de cuidados especializados na UCIN. À necessidade de internamento, associa-se expectavelmente o regresso a casa. Este é um foco que carece da atenção de toda a equipa que assiste o RN e família, na medida em que tem potencial para influenciar os conhecimentos, competências e segurança dos pais para a identificação e resposta às necessidades do seu bebé, com conseqüente repercussão no seu crescimento e desenvolvimento (Smith, 2021).

A decisão de quando dar alta a um RN após internamento na UCIN pode ser complexa, estando maioritariamente relacionada com a estabilidade fisiológica do RN, a prontidão dos pais para a alta, a existência de recursos e suporte em casa e de serviços comunitários, capazes de responder às necessidades específicas do RN e família (Griffin & Abraham, 2006; Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2013, 2022; Stark et al., 2008). Sendo que, a prontidão dos pais relaciona-se com a mestria dos mesmos no que concerne à assunção do papel parental, demonstrada pelas competências técnicas, conhecimentos, conforto emocional, segurança e confiança nos cuidados ao bebé (Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022), podendo este ser um processo muito desafiante e complexo para todos os envolvidos.

Neste sentido, a promoção das competências e confiança parental pode ser entendida como terapêutica de enfermagem facilitadora da transição no regresso a casa do RN hospitalizado, devendo iniciar-se o mais precocemente possível após a admissão e

desenrolar-se ao longo do internamento, procurando sempre o envolvimento da família, exigindo, assim, uma comunicação efetiva entre a equipa multidisciplinar e a família (Aloysius et al., 2018; Griffin & Abraham, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Assim, a preparação do regresso a casa constitui uma atividade chave na promoção da saúde da criança e os enfermeiros estão numa posição privilegiada para a executar, otimizando e facilitando o processo de transição para casa (Lerret et al., 2020).

Com base no anteriormente exposto, identifica-se o problema que motiva o estudo e investimento, nomeadamente a hospitalização do RN como fator inibidor da mestria na transição para a parentalidade e no regresso a casa. Neste sentido, o cuidar em enfermagem alicerçado nos referenciais teóricos dos CCF, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos, e ancorado à teoria das transições de Afaf Meleis, permite dar resposta às necessidades integrais das famílias, contribuindo para a mestria nas transições envolvidas. Sendo que, a preparação do regresso a casa pode ser entendida como o processo facilitador da mestria parental, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados, com o intuito de maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, no seio da sua família.

Apesar da evidência científica existente que corrobora a importância do investimento na temática, na prática clínica constata-se que esta não surge ainda como uma prioridade, representando frequentemente um cuidado omisso ou inconsistente, assistindo-se conseqüentemente à insegurança e ansiedade dos pais em levar o seu bebé para casa. Assim, a reflexão estimulada pela prática clínica possibilitou-me identificar uma lacuna na translação do conhecimento, motivando o estudo da temática, perspetivando e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

3. Objetivos, Atividades e Competências a Desenvolver

Ao longo do percurso acadêmico neste curso de Mestrado, pretende-se mobilizar e desenvolver competências especializadas que concorram para a compreensão plena e efetiva do cuidado de enfermagem à criança, jovem e família, concretizado ao longo dos cinco estágios programados, em contexto de consulta de desenvolvimento, cuidados de saúde primários, internamento de pediatria, urgência pediátrica e cuidados intensivos neonatais. Assim, a construção do projeto assenta no autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, para o desenvolvimento de um perfil de competências de EEESIP, bem como do problema identificado na prática clínica de enfermagem, e constitui um instrumento facilitador do planeamento do percurso formativo ao longo dos diferentes contextos em que o Projeto decorrerá.

Assim, o projeto tem uma dupla centralidade, sendo focado em dois objetivos distintos que se cruzam num propósito comum de contribuir para a aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Sendo os objetivos:

1. Desenvolver competências de EEESIP, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, com vista à maximização da sua saúde, nos vários contextos em que se encontrem.
2. Desenvolver competências especializadas no âmbito da preparação do regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, através da promoção da mestria parental e da articulação e continuidade de cuidados.

Para a operacionalização dos objetivos, foram desenhados objetivos específicos, definidas atividades propostas e os respetivos indicadores de avaliação que são apresentados nos seguintes quadros, referentes a cada local de estágio. Importa referir que estes objetivos e atividades são flexíveis e passíveis de reestruturação, como forma de adequação à realidade e necessidade encontrada em cada contexto de estágio.

3.1. Consulta de Desenvolvimento Infantil

O Departamento de Pediatria da instituição foca-se na reabilitação de crianças e jovens, até aos 21 anos de idade, com incapacidades de predomínio motor, integrando um serviço de internamento, a consulta externa e o serviço de tratamento ambulatorio. A equipa multidisciplinar é composta por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais), Técnicos do serviço social, Psicólogos, Ortoprotésicos, Educadores de Infância e Professores. Sendo a equipa de enfermagem constituída por 15 elementos, três deles EEESIP, oito EE em Enfermagem de Reabilitação e quatro Enfermeiros generalistas.

O plano de cuidados delineado para e com a criança/jovem, assenta no modelo das atividades de vida e na filosofia da Reabilitação, visando maximizar o potencial da criança/jovem, com o objetivo de atingir o maior grau de independência e integração sócio familiar possível. Assim, tendo por base o quadro teórico de referência para a prestação dos cuidados de Enfermagem de Nancy Roper, baseado nas atividades de vida diárias, o enfermeiro está consciente da individualidade de cada criança/jovem (Brenner et al., 2018) e de que esta constitui o núcleo de um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente (Alligood, 2013). Neste sentido, o EEESIP intervém em articulação com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com o intuito de capacitar a criança/jovem e os pais, ou apenas os pais dependendo da idade e condição clínica da criança/jovem, a realizar com autonomia as atividades de vida diária.

A finalidade dos cuidados prestados neste local de estágio consiste em integrar a criança e o jovem com doença crónica na família e na sociedade, para uma vida ativa e participada. Para o efeito, os cuidados de enfermagem neste contexto assentam no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, exaltando a centralidade da família através da sua integração efetiva na tomada de decisão e construção do plano de cuidados (Sousa et al., 2013).

OBJETIVO GERAL 1 - Desenvolver competências de EEESIP, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, com vista à maximização da sua saúde, nos vários contextos em que se encontrem.

Competências a desenvolver: A1.1, A2, B1.1, B3, C1, C2.1, D1, D2 (Regulamento n.º 140/2019); E1, E2, E3 (Regulamento n.º 422/2018)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
a) Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, em parceria, na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, atendendo ao seu projeto de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na parceria com a criança, jovem e família, na construção do seu plano de cuidados, atendendo ao seu projeto de vida; - Identificação dos referenciais teóricos norteadores do cuidar em enfermagem; - Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento e funcionalidade infantil mobilizados e aplicação dos mesmos a uma criança/jovem; - Consulta de bibliografia pertinente; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.
b) Prestar cuidados de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na avaliação e gestão diferenciada da dor, atendendo à condição de saúde e estágio de desenvolvimento da criança e jovem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

<p>da criança e do jovem, visando o cuidado não traumático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos instrumentos mobilizados para avaliação da dor, de acordo com o desenvolvimento e condição de saúde; - Mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor, com especial relevância para as situações de maior complexidade. - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	
<p>c) Mobilizar competências apropriadas na comunicação com a criança, jovem e família, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem. - Mobilização dos conhecimentos na interação com as crianças, jovens e famílias; - Identificação das estratégias de comunicação utilizadas pela equipa de enfermagem com a criança/jovem e família, bem como barreiras na comunicação; - Consulta de documentos e instrumentos para otimizar a comunicação utilizados no contextos; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.
<p>d) Prestar cuidados promotores da adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista ao EEESIP para conhecer as estratégias de promoção do processo de adaptação da criança e jovem à doença crónica e deficiência/incapacidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

oncológica, deficiência/incapacidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração e participação nos cuidados à criança, jovem e família, com especial enfoque na identificação de situações que afetem negativamente a sua qualidade de vida; - Análise com o Enfº orientador de um plano de saúde individualizado (parceria e negociação com a criança, jovem e família, articulação com os recursos da comunidade, estratégias de promoção da aceitação e adoção de comportamentos adaptativos à sua condição de saúde); - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	
--	--	--	--

OBJETIVO GERAL 2 - Desenvolver competências especializadas no âmbito da preparação do regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, através da promoção da mestria parental e da articulação e continuidade de cuidados.

Competências a desenvolver: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1, E2.4, E2.5, E3.1, E3.2, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEXTO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
a. Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no regresso a casa do RN hospitalizado	Reajusta-se para	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na promoção do desenvolvimento de competências parentais; - Identificação da existência e mobilização de instrumentos de avaliação das competências parentais; - Entrevista exploratória ao EEESIP para conhecer as terapêuticas de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

<p>Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a adaptação à doença crónica e deficiência/incapacidade</p>	<p>facilitadoras da transição no regresso a casa da criança/jovem com necessidades especiais de saúde, mobilizadas no serviço;</p> <p>- Auscultação do Enf^o orientador acerca dos processos de articulação de cuidados entre contexto hospitalar e CSP.</p>		
--	--	--	--

3.2. Centro de Saúde – Unidade de Saúde Familiar

Os CSP visam satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida e capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde. Este é um desafio cada vez mais complexo, que exige uma abordagem multissectorial que integre políticas, soluções e serviços de saúde centrados nas pessoas, capazes de responder às necessidades das famílias (WHO, 2021).

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, e têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. O estágio irá decorrer numa Unidade de Saúde Familiar (USF), sendo que esta é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. A atividade da USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde, nomeadamente com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Esta presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

OBJETIVO GERAL 1 - Desenvolver competências de EEESIP, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, com vista à maximização da sua saúde, nos vários contextos em que se encontrem.

Competências a desenvolver: A1.1, A2, B1.1, B3, C1, C2.1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1, E2, E3 (Regulamento n.º 422/2018)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>a) Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, em parceria, na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, atendendo ao seu projeto de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na parceria com a criança, jovem e família, na construção do seu plano de cuidados, atendendo ao seu projeto de vida; - Identificação dos referenciais teóricos norteadores do cuidar em enfermagem; - Participação no planeamento e concretização das consultas de saúde infantil à criança e jovem; - Planeamento e concretização de uma consulta de saúde infantil; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento mobilizados e aplicação dos mesmos; - Consulta de bibliografia pertinente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Guião de planeamento de uma consulta de saúde infantil; - Relatório final.
<p>b) Prestar cuidados de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, visando o cuidado não traumático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na avaliação e gestão diferenciada da dor, atendendo à condição de saúde e estágio de desenvolvimento da criança e jovem; - Identificação dos instrumentos mobilizados para avaliação da dor, de acordo com o desenvolvimento e condição de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das práticas, com recurso a jornal de aprendizagem; - Relatório final.

	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor, em contexto de vacinação. - Análise das práticas, com recurso a jornal de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador e outros peritos 	
<p>c) Mobilizar competências apropriadas na comunicação com a criança, jovem e família, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem. - Mobilização dos conhecimentos na interação com as crianças, jovens e famílias; - Identificação das estratégias de comunicação utilizadas pela equipa de enfermagem com a criança/jovem e família, bem como barreiras na comunicação; - Consulta de documentos e instrumentos para otimizar a comunicação utilizados no contexto. - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.
<p>d) Prestar cuidados promotores da adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista ao EEESIP para conhecer as estratégias de promoção do processo de adaptação da criança e jovem à doença crónica e deficiência/incapacidade; - Colaboração e participação nos cuidados à criança, jovem e família, com especial enfoque na identificação de situações que afetem negativamente a sua qualidade de vida; 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

	- Co-construção de planos de saúde individualizados, em parceria e negociação com a criança, jovem e família, com vista à aceitação e adoção de comportamentos adaptativos à sua condição de saúde; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva.	- Enfermeiro orientador e outros peritos		
OBJETIVO GERAL 2 - Desenvolver competências especializadas no âmbito da preparação do regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, através da promoção da mestria parental e da articulação e continuidade de cuidados.				
<u>Competências a desenvolver:</u> A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1, E2.4, E2.5, E3.1, E3.2, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEXTO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
a. Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no regresso a casa do RN hospitalizado	- Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na promoção do desenvolvimento de competências parentais; - Identificação da existência e mobilização de instrumentos de avaliação das competências parentais; - Auscultação do Enfº orientador acerca dos processos de articulação de cuidados entre contexto hospitalar e CSP; - Auscultação do Enfº orientador acerca das dificuldades percecionadas pela equipa multidisciplinar e identificadas pelos pais na vivência da transição no regresso a casa do RN hospitalizado; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva.	- Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos	- Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.	

3.3. Serviço de Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de Pediatria onde se realizará o estágio admite crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, com condições do foro médico e cirúrgico, provenientes do SUP, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Neonatologia, Bloco Operatório, Consultas Externas, Hospital de Dia Pediátrico, outros hospitais e domicílio, no caso de internamentos programados. Sendo que este serviço constitui um contexto essencial na resposta a situações agudas de doença ou a agudizações dos sintomas associados a determinada doença crónica.

OBJETIVO GERAL 1 - Desenvolver competências de EEESIP, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, com vista à maximização da sua saúde, nos vários contextos em que se encontrem.

Competências a desenvolver: A1.1, A2, B1.1, B3, C1, C2.1, D1, D2 (Regulamento n.º 140/2019); E1, E2, E3 (Regulamento n.º 422/2018)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
a) Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, em parceria, na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, atendendo ao seu projeto de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na parceria com a criança, jovem e família, na construção do seu plano de cuidados, atendendo ao seu projeto de vida e necessidades em saúde; - Identificação dos referenciais teóricos norteadores do cuidar em enfermagem; - Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento mobilizados e aplicação dos mesmos; - Consulta de bibliografia pertinente; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.
b) Prestar cuidados de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na avaliação e gestão diferenciada da dor, atendendo à condição de saúde e estágio de desenvolvimento da criança e jovem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das práticas, com recurso a jornal de aprendizagem;

<p>da criança e do jovem, visando o cuidado não traumático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos instrumentos mobilizados para avaliação da dor, de acordo com o desenvolvimento e condição de saúde; - Mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor. - Análise das práticas, com recurso a jornal de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório final.
<p>c) Mobilizar competências apropriadas na comunicação com a criança, jovem e família, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem. - Mobilização dos conhecimentos na interação com as crianças, jovens e famílias; - Identificação das estratégias de comunicação utilizadas pela equipa de enfermagem com a criança/jovem e família, bem como barreiras na comunicação; - Consulta de documentos e instrumentos para otimizar a comunicação utilizados no contexto. - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.
<p>d) Prestar cuidados promotores da adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista ao EEESIP para conhecer as estratégias de promoção do processo de adaptação da criança e jovem à doença crónica e deficiência/incapacidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração e participação nos cuidados à criança, jovem e família, com especial enfoque na identificação de situações que afetem negativamente a sua qualidade de vida; - Co-construção de planos de saúde individualizados, em parceria e negociação com a criança, jovem e família, com vista à aceitação e adoção de comportamentos adaptativos à sua condição de saúde; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador e outros peritos 		
<p>OBJETIVO GERAL 2 - Desenvolver competências especializadas no âmbito da preparação do regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, através da promoção da mestria parental e da articulação e continuidade de cuidados.</p>				
<p><u>Competências a desenvolver:</u> A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento n.º 140/2019); E1.1, E2.4, E2.5, E3.1, E3.2, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)</p>				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEXTO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
a. Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no regresso a casa do RN hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na promoção do desenvolvimento de competências parentais; - Identificação da existência e mobilização de instrumentos de avaliação das competências parentais; - Auscultação do Enf^o orientador acerca dos processos de articulação de cuidados entre contexto hospitalar e o domicílio; - Auscultação do Enf^o orientador acerca das dificuldades percebidas pela equipa multidisciplinar e identificadas pelos 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final. 	

	pais na vivência da transição no regresso a casa do RN hospitalizado; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva.		
--	---	--	--

3.4. Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP funciona 24 horas por dia e assegura cuidados médico-cirúrgicos urgentes e emergentes à criança até aos 18 anos de idade em situação de doença aguda, mobilizando o sistema de Triagem de Manchester. O serviço é constituído por uma sala de triagem com dois postos, uma sala de tratamentos, uma sala de observação médica, com vários postos em *open space* e ainda a sala de observação, que integra a sala de reanimação.

É um serviço de saúde que está englobado no Departamento de Pediatria, reunindo condições físicas e humanas para o acolhimento da criança, jovem e seu acompanhante.

OBJETIVO GERAL 1 - Desenvolver competências de EEESIP, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, com vista à maximização da sua saúde, nos vários contextos em que se encontrem.

Competências a desenvolver: A1.1, A2, B1.1, B3, C1, C2.1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1, E2, E3 (Regulamento n.º 422/2018)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>a) Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, em parceria, na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, atendendo ao seu projeto de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na parceria com a criança, jovem e família, na construção do seu plano de cuidados, atendendo ao seu projeto de vida e necessidades em saúde; - Identificação dos referenciais teóricos norteadores do cuidar em enfermagem; - Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento mobilizados e aplicação dos mesmos; - Familiarização e estudo dos sistemas de Triagem e respetivo encaminhamento; - Aprofundamento de conhecimentos e habilidades relativas à avaliação da criança e jovem, em situação de urgência e emergência e atuação perante situações de instabilidade das 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

	<p>funções vitais e risco de morte;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta de bibliografia pertinente; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 		
<p>b) Prestar cuidados de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, visando o cuidado não traumático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na avaliação e gestão diferenciada da dor, atendendo à condição de saúde e estágio de desenvolvimento da criança e jovem; - Identificação dos instrumentos mobilizados para avaliação da dor, de acordo com o desenvolvimento e condição de saúde; - Mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das práticas, com recurso a jornal de aprendizagem; - Relatório final.
<p>c) Mobilizar competências apropriadas na comunicação com a criança, jovem e família, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem. - Mobilização dos conhecimentos na interação com as crianças, jovens e famílias; - Identificação das estratégias de comunicação utilizadas pela equipa de enfermagem com a criança/jovem e família, bem como barreiras na comunicação; - Consulta de documentos e instrumentos para otimizar a comunicação utilizados no contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

	- Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva.		
d) Prestar cuidados promotores da adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração e participação nos cuidados à criança, jovem e família, com especial enfoque na identificação de situações que afetem negativamente a sua qualidade de vida; - Co-construção de planos de saúde individualizados, em parceria e negociação com a criança, jovem e família, com vista à aceitação e adoção de comportamentos adaptativos à sua condição de saúde; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

OBJETIVO GERAL 2 - Desenvolver competências especializadas no âmbito da preparação do regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, através da promoção da mestria parental e da articulação e continuidade de cuidados.

Competências a desenvolver: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1, E2.4, E2.5, E3.1, E3.2, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEXTO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
a. Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no regresso a casa do RN hospitalizado		<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na promoção do desenvolvimento de competências parentais; - Identificação da existência e mobilização de instrumentos de avaliação das competências parentais; - Auscultação do Enfº orientador acerca dos processos de articulação de cuidados entre contexto hospitalar e o domicílio; - Auscultação do Enfº orientador acerca das dificuldades percebidas pela equipa multidisciplinar e identificadas pelos 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

	pais na vivência da transição no regresso a casa do RN hospitalizado; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva.		
--	---	--	--

3.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

É uma unidade hospitalar que tem como missão central a prestação de cuidados de saúde humanizados e de qualidade aos RN e famílias, assente em princípios e valores como o respeito pela dignidade individual, a atualização face aos avanços da investigação e da ciência e a excelência técnico-profissional. A UCIN é uma unidade de saúde perinatal diferenciada (nível 3) que dispõe de uma equipa multidisciplinar experiente que presta cuidados especializados. Admite RN desde o nascimento até aos 28 dias de vida, gravemente doentes ou prematuros.

OBJETIVO GERAL 1 - Desenvolver competências de EEESIP, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, com vista à maximização da sua saúde, nos vários contextos em que se encontrem.

Competências a desenvolver: A1.1, A2, B1.1, B3, C1, C2.1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1, E2, E3 (Regulamento n.º 422/2018)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>a) Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, em parceria, na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, atendendo ao seu projeto de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na parceria com a família, na construção do plano de cuidados, atendendo ao seu projeto de vida e necessidades em saúde; - Identificação dos referenciais teóricos norteadores do cuidar em enfermagem; - Participação na prestação de cuidados ao recém-nascido e família; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Aprofundamento de conhecimentos e habilidades relativas à avaliação do recém-nascido, em situação de urgência e emergência e atuação perante situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte; - Consulta de bibliografia pertinente; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.
<p>b) Prestar cuidados de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na avaliação e gestão diferenciada da dor, atendendo à condição de saúde do recém-nascido; 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das práticas, com recurso a jornal de aprendizagem;

<p>da criança e do jovem, visando o cuidado não traumático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos instrumentos mobilizados para avaliação da dor, de acordo com o desenvolvimento e condição de saúde; - Mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório final.
<p>c) Mobilizar competências apropriadas na comunicação com a criança, jovem e família, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação, adequadas ao recém-nascido e sua família; - Mobilização dos conhecimentos na interação com os recém-nascidos e famílias; - Consulta de documentos e instrumentos para otimizar a comunicação utilizados no contexto. - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.
<p>d) Prestar cuidados promotores da adaptação da criança, jovem e família à doença crônica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração e participação nos cuidados ao recém-nascido e família, com especial enfoque na identificação de situações que afetem negativamente a sua qualidade de vida; - Co-construção de planos de saúde individualizados, em parceria e negociação com a família, com vista à aceitação e adoção de comportamentos adaptativos à condição de saúde da criança; - Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

			- Enfermeiro orientador e outros peritos	
OBJETIVO GERAL 2 - Desenvolver competências especializadas no âmbito da preparação do regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, através da promoção da mestria parental e da articulação e continuidade de cuidados.				
<u>Competências a desenvolver:</u> A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1, E2.4, E2.5, E3.1, E3.2, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEXTO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
a. Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no regresso a casa do RN hospitalizado	- Observação participante da atuação do EEESIP, com foco na promoção do desenvolvimento de competências parentais; - Identificação da existência e mobilização de instrumentos de avaliação das competências parentais; - Entrevista exploratória ao EEESIP para conhecer as terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição no regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, mobilizadas no serviço; - Participação na prestação de cuidados ao RN e família; - Auscultação do Enfº orientador acerca dos processos de articulação de cuidados entre contexto hospitalar e CSP; - Auscultação do Enfº orientador acerca das dificuldades percecionadas pela equipa multidisciplinar e identificadas pelos pais na vivência da transição no regresso a casa do RN hospitalizado;		- Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos	- Análise Crítica e Reflexiva; - Relatório final.

	- Elaboração de uma Análise Crítica e Reflexiva.		
b. Elaborar recomendações para a elaboração de uma proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem para uma transição no regresso a casa do RN hospitalizado.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do diagnóstico do problema, através da realização de uma Revisão <i>Scoping</i> sobre terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição no regresso a casa do RN hospitalizado; - Formulação dos objetivos do projeto - Enquadramento do problema na realidade, através da confrontação dos achados da Revisão <i>Scoping</i> e as dificuldades auscultadas nos locais de estágio pelos pais e profissionais de saúde, na vivência da transição no regresso a casa do RN hospitalizado - Planeamento da ação, através da elaboração de programa de preparação do regresso a casa do RN hospitalizado - Apresentação da problemática e do programa elaborado à equipa multidisciplinar - Realização de uma sessão de formação sobre o programa a implementar 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos das instituições - Bibliografia de referência - Enfermeiro orientador e outros peritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Sínteses reflexiva das aprendizagens e contributos adquiridos ao longo de cada estágio; - Revisão <i>Scoping</i>; - Programa de preparação do regresso a casa do RN hospitalizado; - Relatório final.

Referências Bibliográficas

- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J., & Deierl, A. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Branquinho, J. (2013). *CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS EM PORTUGAL: Construção de Consenso entre Neonatologistas recorrendo à metodologia Delphi* [Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Bioética]. Universidade Católica Portuguesa.
- Cardoso, A., Silva, A. P. e, & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(4), 11–20.
- Docherty, S., Barfield, R., & Brandon, D. (2017). Quality of Life for Children Living with Chronic or Complex Diseases. Em *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10th ed., pp. 962–1018). Elsevier.
- European Association for Children in Hospital. (2004). *Carta da Criança Hospitalizada*.
- Griffin, T., & Abraham, M. (2006). Transition to Home From the Newborn Intensive Care Unit Applying the Principles of Family-Centered Care to the Discharge Process. *J Perinat Neonat Nurs*, 20(3), 243–249.
- Gupta, M., Pursley, D. M., & Smith, V. C. (2019). Preparing for discharge from the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 143(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2915>
- Hey, A., Tonocchi, R., Agudo, A., Garraza, T., Szczypior, D., & Massi, G. (2021). Percepções sobre a atuação do enfermeiro às pessoas no fim de vida. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11(21), 1–18. <https://doi.org/10.5902/2179769243525>
- Hockenberry, M. (2017). Perspetivas da Enfermagem Pediátrica. Em *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (10th ed., pp. 8–14). Elsevier.
- Kassam-Adams, N., Rzucidlo, S., Campbell, M., Good, G., Bonifacio, E., Slouf, K., Schneider, S., McKenna, C., Hanson, C. A., & Grather, D. (2015). Nurses' Views and Current Practice of

Trauma-Informed Pediatric Nursing Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(3), 478–484.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.11.008>

Lerret, S. M., Johnson, N. L., Polfuss, M., Weiss, M., Gralton, K., Klingbeil, C. G., Gibson, C., Garnier-Villarreal, M., Ahamed, S. I., Adib, R., Unteutsch, R., Pawela, L., White-Traut, R., & Sawin, K. (2020). Using the engaging parents in education for discharge (ePED) iPad application to improve parent discharge experience. *Journal of Pediatric Nursing*, 52, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.02.041>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Em *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 52–65). Springer Publishing Company.

Mercer, R. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>

Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. Em *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 94–104). Springer Publishing Company.

Miles, M., Holditch-Davis, D., Schwartz, T., & Scher, M. (2007). Depressive Symptoms in Mothers of Prematurely Born Infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36–44. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000257517.52459.7a>

National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic stress: A comprehensive guide*.
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica—Volume III* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; Vol. 3).

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. N.º 133 de 12-07-2018*, 19192–19194.
- Regulamento n.º140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. N.º26 de 06-02-2019*, 4744–4750.
- Smith, V. (2021). Discharge planning considerations for the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 106(4), 442–445. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318021>
- Smith, V., Hwang, S. S., Dukhovny, D., Young, S., & Pursley, D. M. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: Connecting the dots. *Journal of Perinatology*, 33(6), 415–421. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.23>
- Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022). NICU discharge preparation and transition planning: Guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology*, 42, 7–21. <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24–28. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>
- Stark, A. R., Adamkin, D. H., Batton, D. G., Bell, E. F., Bhutani, V. K., Denson, S. E., Martin, G. I., & Watterberg, K. L. (2008). Hospital discharge of the high-risk neonate committee on fetus and newborn. *Pediatrics*, 122(5), 1119–1126. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2174>
- Walter, L., & Robb, M. (2019). Promoting Discharge Readiness Through Staff Education: A Family-Centered Approach. *Journal for Nurses in Professional Development*, 35(3), 132–136. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000519>
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R. (2017). Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>

Apêndice IV. Jornal de Aprendizagem – Estratégias não farmacológicas de alívio dor

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio

Jornal de Aprendizagem

- Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor -

Ana Isabel Morais Montoito

Regente Unidade Curricular:

Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Professor Orientador:

Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques


Lisboa

setembro 2023

Nota Introdutória

O presente Jornal de Aprendizagem foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio, inserida no plano de estudos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituindo um instrumento de análise e reflexão acerca da prática de enfermagem. Para a consecução do mesmo, foi mobilizado o Ciclo Reflexivo de Gibbs, sendo que este constitui um ciclo de aprendizagem baseado na reflexão acerca de experiências práticas, sistematizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Afonso & Loureiro, 2018).

Reconhecendo que as experiências têm o potencial de ser transformadoras, a reflexão sobre as mesmas concorre para incrementar o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, acrescentando-lhe competência, e contribuindo positivamente para a qualidade dos cuidados prestados (González-García et al., 2020; Mendes, 2016), espelhada num cuidado humanizado e holístico (Diogo, 2019). Neste sentido, a presente reflexão decorre da experiência de estágio em contexto de cuidados de saúde primários e perspetiva uma análise estruturada e fundamentada relacionada com a experiência de dor em lactentes, neste contexto.

Este trabalho foi elaborado segundo as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e referências bibliográficas realizadas de acordo com a norma APA 7.ª edição.

Jornal de Aprendizagem – Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Descrição

A situação que despoletou a reflexão relaciona-se com uma consulta de saúde infantil realizada a dois lactentes (gémeos) com dois meses de idade. Apesar da consulta não ter sido realizada pela minha Enfermeira Orientadora, participei na mesma, por forma a maximizar as oportunidades de aprendizagem e contacto com crianças, jovens e suas famílias.

Os lactentes vinham acompanhados dos pais e irmã mais velha. A família é chamada presencialmente, na sala de espera, pela enfermeira de família, que os acompanha ao gabinete. Eu apresento-me e solicito permissão para estar presente durante a consulta, os pais assentem. A Enfermeira A. inicia a consulta questionando como estão todos e se os pais têm alguma preocupação. Eu e a Enfermeira A. realizamos, com a colaboração dos pais, a avaliação ponderal e de desenvolvimento dos lactentes, enquanto esclarecemos dúvidas relativamente à amamentação e alimentação por biberão, bem como padrão intestinal, sinais de alarme e massagem abdominal, aspetos que têm levantado dúvidas aos pais. A Enfermeira A. regista as informações nos boletins individuais de saúde, chama o médico para observar os lactentes, informa os pais de que haverá vacinas a administrar naquele contacto e vai buscar as mesmas.

Após a observação médica, a Enfermeira A. solicita aos pais que deitem um dos lactentes na bancada. Perante este pedido, questionei a Enfermeira A., sem os pais se aperceberem, se não poderíamos administrar as vacinas enquanto a mãe amamentava, a questão foi desvalorizada e dirigiu-se à bancada. Questionei o pai se tinha chucha para oferecer ao bebé durante a administração das vacinas, segurei-a, liguei uma caixa de música junto do bebé e realizei contenção física para aumentar a sensação de segurança. O bebé chorou durante a administração das vacinas, ficando hipertónico e sudorético. No final, a mãe pegou-o ao colo para o acalmar e sugeri que o adaptasse à mama, o bebé ficou mais tranquilo acabando por adormecer. De seguida o mesmo aconteceu com a irmã, sendo que esta foi tranquilizada pelo pai, no final do procedimento, com recurso à chucha.

Durante a administração das vacinas, a irmã mais velha demonstrou estar ansiosa relativamente à dor demonstrada pelos irmãos, através de choro, hipertonia e sudorese. No final sugeri que lhes desse mimos para os tranquilizar.

Sentimentos

O desenrolar da consulta acima descrita suscitou diversos sentimentos. Inicialmente senti tranquilidade e satisfação pelo cuidado demonstrado pela enfermeira na avaliação da família, nomeadamente o bem-estar de cada elemento individual e das repercussões da integração destes dois lactentes na dinâmica familiar, e ainda por ser dado espaço aos pais para expressarem as suas preocupações e necessidades.

Em contrapartida, quando a enfermeira solicita aos pais para deitarem o lactente na bancada, senti uma grande impotência e frustração, por antever a experiência de dor dos lactentes, mas não poder naquela situação, e na condição de aluna, impedir aquela prática. Questionei-me do porquê daquela decisão, lembrando todas as estratégias que poderiam ser mobilizadas para minimizar a dor naquela situação. Senti satisfação ao perceber que os lactentes se acalmaram rapidamente quando adaptado à mama e consolada com a chucha, após o procedimento.

Avaliação

Realço como aspetos positivos o facto da enfermeira se dirigir à sala de espera e chamar presencialmente a família, demonstrando uma postura de proximidade e permitindo observar as interações fora do contexto do gabinete. Destaco ainda a conduta da enfermeira no início da consulta, ao dar espaço aos pais para se expressarem, revelando respeito e reconhecimento pela sua dedicação em assegurar a satisfação das necessidades dos seus filhos, a par da preocupação evidenciada pela satisfação das necessidades dos próprios pais, designadamente de descanso. Outro aspeto positivo da consulta relaciona-se com a realização de ensinamentos, decorrentes das dúvidas verbalizadas pelos pais e também dos cuidados antecipatórios associados a esta idade, potenciando o exercício da parentalidade e dotando os pais dos conhecimentos necessários ao mesmo.

Como aspetos negativos identifico a ausência de mobilização, por parte da enfermeira, de estratégias de alívio da dor associadas à vacinação, evidenciando falta de sensibilidade e/ou conhecimento relativamente aos efeitos nefastos das experiências

dolorosas na infância. Na mesma linha, considero negativo o facto de os pais não terem conhecimento e conseqüentemente não exigirem a utilização destas mesmas estratégias, revelando baixa literacia em saúde e incapacidade em advogar pelo direito dos filhos a usufruírem de cuidados não traumáticos. A este nível evidencio como aspeto positivo o facto de, no decorrer da situação, ter conseguido mobilizar algumas estratégias de controlo da dor, como a contenção, a música, a sucção não nutritiva, a amamentação e o colo, minimizando o impacto da experiência dolorosa associada à vacinação.

Análise

A prática em análise relaciona-se com a não utilização de estratégias para alívio e controlo da dor, associada à vacinação, o que se apresenta como inadmissível perante a extensa evidência das repercussões negativas desta prática. Constata-se assim a existência de um hiato entre a evidência científica e a prática clínica, na medida em que apesar de existirem recomendações, normas, orientações técnicas e estratégias validadas e eficazes, direcionadas para a gestão e prevenção da dor associada à realização de procedimentos dolorosos, estas não são ainda colocadas em prática de forma uniforme (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2021). Neste sentido, exalta-se o imperativo ético e clínico de sensibilizar, informar e garantir a mobilização das estratégias de alívio da dor adequadas à idade da criança e contexto de prática.

De acordo com o PNV (DGS, 2020), até aos 10 anos de idade a criança é submetida a 17 inoculações, sendo que a maioria ocorre no primeiro ano de vida. A dor, associada a procedimentos, é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos, com frequência acompanhada por medo e ansiedade (DGS, 2012; OE, 2013). Sendo que, o medo e a ansiedade experienciados pelas crianças e pais constituem fatores agravantes da dor, podendo refletir-se em falta de cooperação, recusa, adiamento na procura de cuidados de saúde e conseqüente incumprimento do PNV (APED, 2021; DGS, 2012).

Por outro lado, sabe-se que a exposição à adversidade na primeira infância tem o potencial de prejudicar o desenvolvimento saudável, sendo que a ocorrência de eventos traumáticos nos primeiros anos de vida pode ter impactos profundos no cérebro em desenvolvimento (Forkey et al., 2021; Goddard, 2021; Goddard et al., 2022; Marcellus & Cross, 2016). Nos primeiros meses após o nascimento, o cérebro passa por uma acelerada

proliferação de conexões nervosas, que se denomina sinaptogénese. Este rápido desenvolvimento é seguido por um período de poda e mielinização, em que são eliminadas as vias não utilizadas ou desnecessárias, e são reforçadas as vias frequentemente utilizadas, respetivamente. Estes processos são altamente influenciados pelo ambiente e pelas experiências de vida da criança, sendo que a exposição a stress tóxico, durante este delicado período do neurodesenvolvimento, pode resultar num diminuído desenvolvimento cerebral (Marcellus & Cross, 2016). Por este motivo, importa o EEESIP diagnosticar precocemente e intervir em situações de risco (Regulamento n.º 422/2018, 2018), nas quais se enquadra a vivência do trauma, pelo seu potencial impacto devastador.

Neste sentido, importa minimizar a dor, medo e ansiedade associada à vacinação, através de uma correta abordagem desde o primeiro contacto com os serviços de saúde. Estes aspetos devem constituir um foco de atenção dos profissionais de saúde, especialmente do EEESIP, a par do investimento na capacitação dos pais, para que estes constituam uma presença positiva e protetora e advoguem pelo direito dos filhos a não sentir dor.

Neste caso específico, segundo as orientações da DGS (2012), corroboradas recentemente pela APED (2021), recomenda-se a utilização da contenção, amamentação ou administração de sacarose ou glicose aliada à sucção não nutritiva. A estas estratégias físicas, podem ainda associar-se estratégias psicológicas, como a distração, através de canções/música. Estas estratégias foram por mim adotadas, à exceção da amamentação, por ter sido negado pela enfermeira, e da administração de sacarose, por não se encontrar protocolado este procedimento. Após esta consulta solicitei uma reunião com a enfermeira orientadora e a enfermeira coordenadora da USF, na qual expus as minhas preocupações relativamente a esta temática e sugeri a discussão deste assunto em equipa, bem como a implementação da administração oral de glucose 30% (em stock na USF) e a colocação de algoritmos (APED, 2021) com recomendações para a redução da dor associada à vacinação, de acordo com a idade da criança, em cada sala de enfermagem. As sugestões foram aceites e reforçadas pela enfermeira orientadora, sendo estas EEESIP, como essenciais.

Conclusão

Considero a conduta por mim adotada durante a consulta como suficiente na resposta às necessidades dos lactentes, perante as circunstâncias descritas, havendo uma tranquilização relativamente rápida dos lactentes após o procedimento. Permanece a frustração de não terem sido mobilizados todos os recursos possíveis, com conseqüente agudização da dor durante o procedimento, associada a medo e ansiedade na expressão da irmã mais velha. No entanto reconheço que esta situação despoletou a oportunidade de discutir várias práticas em equipa, permitindo iniciar a instituição de práticas baseadas em evidência científica, com ganhos em saúde associados.

O ensino aos pais de como colaborarem durante a realização de procedimentos dolorosos, nomeadamente a vacinação, e das estratégias de que dispomos para alívio e controlo da dor mostra-se como essencial, aumentando níveis de literacia que lhes permitam advogar pelos melhores cuidados para os filhos, com repercussões positivas na satisfação com os cuidados de saúde, melhorando o cumprimento do PNV e a adesão e colaboração perante outros procedimentos potencialmente dolorosos.

Planear a Ação

Houve a oportunidade durante o estágio de realizar mais consultas de saúde infantil com a enfermeira A., nas quais me deu oportunidade de realizar a administração de vacinas com os lactentes adaptados à mama, assistindo à sua tranquilidade durante o procedimento e reconhecendo os benefícios da prática.

Decorrente da reunião com a enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora da USF, foram instituídos procedimentos que promovem a implementação de estratégias não farmacológicas do alívio da dor e a literacia dos pais relativamente ao controlo e gestão da dor associado a procedimentos potencialmente dolorosos.

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor na Vacinação Pediátrica: Linhas Orientadoras para a Prática Clínica*.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*.
- Forkey, H., Szilagyi, M., Kelly, E. T., Duffee, J., Springer, S. H., Szilagyi, M., Forkey, H., Fortin, K., Greiner, M. B. V., Ochs, T. J., Partap, A. N., Sagor, L. D., Shropshire, D. L., Thackeray, J. D., Waite, D., & Zetley, L. W. (2021). Trauma-informed care. *Pediatrics*, *148*(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of Pediatric Health Care*, *35*(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Goddard, A., Janicek, E., & Etcher, L. A. (2022). Trauma-informed care for the pediatric nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, *62*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Marcellus, L., & Cross, S. (2016). Trauma-informed care in the NICU: Implications for early childhood development. *Neonatal Network*, *35*(6), 359–366. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.35.6.359>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (978th-989th-8444th-23rd–3rd ed.).
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. N.º 133 de 12-07-2018, 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Apêndice V. Folhetos “Pais Informados, Crianças Felizes”

Nota Introdutória

Os pais possuem um dos papéis mais exigentes e complexos no seio da família, já que o desempenho do papel parental é determinante para assegurar a sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança (Cardoso et al., 2015; Mercer, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2015). Enquanto foco de atenção da disciplina de enfermagem, a parentalidade envolve, assim, quatro dimensões: (1) assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; (2) otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; (3) integrar a criança na família; e, (4) agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai (International Council of Nurses, 2019). Neste sentido, é expectável que o EEESIP contribua ativamente para a promoção de competências parentais, em qualquer contacto com a família, relativamente aos cuidados básicos de higiene, conforto, alimentação, vigilância de saúde, bem como à promoção do potencial de desenvolvimento da criança.

No PNSIJ e no Boletim Individual de Saúde (BIS) da criança constam atividades promotoras do desenvolvimento, direcionadas a cada idade chave do programa. Sendo que, o BIS da criança é uma ferramenta de apoio para pais e profissionais, onde se podem registar informações relevantes e ter acesso a outras, como é o caso das atividades promotoras do desenvolvimento. Segundo a enfermeira orientadora, esta ainda não é uma realidade, constatando que os pais ainda estão pouco despertos para a promoção do desenvolvimento da criança, especialmente em idades mais precoces, sendo o BIS uma ferramenta de apoio parental pouco utilizada. Neste sentido, e com a anuência da enfermeira orientadora, propus-me a elaborar dois folhetos, “Pais Informados, Crianças felizes – 1º ano de vida” e “Pais Informados, Crianças felizes – 1-3 anos”, onde sintetizei vários aspetos a ter em consideração relativamente à estimulação do desenvolvimento infantil. Estes folhetos concorrem para incrementar os níveis de literacia em saúde dos pais, conferindo-lhes o conhecimento para serem agentes ativos na promoção do desenvolvimento dos filhos.

Princípios Chave

- Os pais são quem melhor conhece os seus filhos
- Cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento e este obedece a uma sequência, não sendo possível passar à próxima etapa sem que a anterior esteja adquirida
- Os pais podem proporcionar e incentivar um ambiente estimulante para ajudar a criança no seu desenvolvimento.

Nos primeiros 3 meses...

Especialmente importante o contacto com os pais por meio do TOQUE. Esta é uma etapa do desenvolvimento muito SENSORIAL, sendo que as brincadeiras mais prazerosas são as que envolvem o próprio corpo, como brincar com as mãos e todas as interações que promovam uma vinculação segura, como o colo, as conversas... Estes são momentos de partilha, carinho e manifestação do AMOR que sente por ele, e que ele reconhece, retribuindo com a sua tranquilidade.

Como posso estimular o meu FILHO?

Dos 0 aos 6 meses:

- Dar colo, conversar, cantar e contar histórias;
- Utilizar móveis com cores vivas (vermelho, preto, branco), padrões e som suave;
- Mostrar objetos a 20-25cm da face;
- Estimular o tato com brinquedos de diferentes texturas;
- Promover brincadeiras face a face;
- Mudar periodicamente a posição do bebé;
- Colocar de barriga para baixo, sob supervisão, por curtos períodos (a partir dos 2 meses);
- Evitar ambientes hiper estimulantes;
- Começar a desenvolver um ritual do sono.

Dos 6 aos 9 meses:

- Oferecer para a mão do bebé brinquedos, de tamanho adequado (maiores que a boca do bebé);
- Conversar, cantar, dançar e contar histórias;
- Sentar com apoio, para aumentar a interação e campo de visão do bebé;
- Responder aos sons do bebé;
- Colocar o bebé num tapete com brinquedos, para estimular a rotação e deslocação;
- Brincar em frente a um espelho;
- Refeição como momento prazeroso de exploração;
- Reforçar ritual do sono.

Dos 9 aos 12 meses:

- Colocar objetos em cima de uma superfície, no campo de visão do bebé, para incentivá-lo a colocar-se de pé;
- Nomear os objetos durante a interação com o bebé e reforçar a leitura de histórias;
- Incentivar o colocar e tirar objetos de caixas;
- Brincadeiras de tapar e destapar a face e esconder objetos;
- Dar a experimentar diferentes texturas (areia, plasticina, tintas), sob supervisão;
- Oferecer 2 objetos e depois um 3º para que o bebé "resolva o problema";
- Ser firme e terno no "não";
- Manter ritual de sono.



A partir dos 12 meses:

- Estimular a realização de tarefas simples e elogiar quando a criança o faz;
- Incentivar a criança a pedir quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo quando sabemos o que ela deseja;
- Contar histórias, para aumentar o vocabulário da criança e facilitar o desenvolvimento da linguagem;
- Ser firme a impor regras e limites, não cedendo à chantagem da criança;
- Promover a aquisição de capacidades motoras;
- Deixar a criança tomar algumas decisões;
- Reagir calmamente e com firmeza às birras;
- Manter ritual de sono.

Durante o 1º ano

EVITAR ECRÃS

ESTIMULAR A CURIOSIDADE

● Brincar às escondidas com objetos do interesse da criança

● Promover, progressivamente, o manuseamento de objetos de menor dimensão, para desenvolver a motricidade fina

● Disponibilizar bolas e jogos que incentivem à deslocação da criança, através do gatinhar e posteriormente do andar e correr

● Incentivar jogos de encaixe e associação de imagens e cores

● Promover a interação com outras crianças, reconhecendo que a capacidade de partilhar não está ainda adquirida

● Permitir que a criança explore o ambiente, salvaguardando a segurança

Ajudar um filho a crescer
Implica reconhecer
A sua individualidade
E perceber
Que vai precisar dos pais
De formas diferentes
Em qualquer idade

Se algo o preocupar em relação ao seu filho...
Se não souber como o ajudar...
Se tiver dúvidas...

Contacte a sua Unidade de Saúde Familiar

Bibliografia:

- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. www.dgs.pt
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (Eds.). (2017). Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents (4.a Ed). American Academy of Pediatrics.
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). Mary Sheridan's From Birth to Five Years: Children's Developmental Progress (4ª ed.). Routledge

Elaborado por estudante de EEESIP Ana Montoito
Sob orientação da Enfermeira Cátia Gomes

Pais Informados

Crianças felizes

DESENVOLVIMENTO INFANTIL
1º ANO DE VIDA



Criado em: Julho 2023

Rever em: Julho 2025

Principais Desafios

BIRRAS

LINGUAGEM

REGRESSÃO

NEGATIVISMO

DISCIPLINA

ROTINAS

DESFRALDE

SEGURANÇA

Esta fase pode ser bastante desafiante para toda a família. É frequente a angústia e frustração dos pais para gerir comportamentos e desafios característicos desta idade.

Porquê? Como lidar?

BIRRAS

São um sinal da incapacidade da criança de controlar as emoções, decorrem da sua forte necessidade de domínio e autonomia, que é frustrada por figuras adultas ou pela falta de habilidades motoras e cognitivas.

- Oferecer opções à criança, em vez de adotar uma postura de tudo ou nada
- Estabelecer limites claros e expectativas reais
- Elogiar o comportamento positivo da criança

NEGATIVISMO

Não representa uma manifestação de teimosia ou insolência, mas sim uma afirmação necessária de autocontrolo.

- Reduzir as oportunidades da criança responder "não", questionar dando opções.

REGRESSÃO

Regressão nalgumas conquistas previamente adquiridas (birras, pedir a chucha, perda de habilidades motoras ou linguísticas), em resposta a experiências geradores de stress ou investimento na aquisição de outras competências.

- Ignorar a regressão e elogiar padrões existentes de comportamento adequado

DESFRALDE

Uma das principais tarefas nesta idade.

SINAIS DE PRONTIDÃO

- acordar com a fralda seca
- identificar o desejo de evacuar e a necessidade de ir à casa de banho
- ter a fralda seca pelo menos 2h durante o dia.

Devem ser consistentes a promover esta rotina.

SEGURANÇA



A liberdade decorrente do desenvolvimento motor e do interesse pela exploração e descoberta nesta idade, associada à não compreensão do princípio de causa-efeito, bem como incapacidade de medir o perigo, pode conduzir a acidentes.

- Supervisionar as crianças durante as suas brincadeiras
- Gatinhar pela casa à altura da criança para detetar perigos

EVITAR ECRÃS

- Dificultam o desenvolvimento de estratégias para lidar com a frustração
- Diminuem a criatividade e imaginação da criança
- Retiram tempo de brincadeira livre

LINGUAGEM



- Contar histórias;
- Conversar com a criança
- Dar tempo à criança para expressar as suas ideias e vontades, incentivando-a a fazê-lo
- Evitar terminar frases da criança ou adivinhar os seus desejos sem a deixar expressá-los

A manutenção de **ROTINAS** e **DISCIPLINA** (regras) é essencial para gerir estes desafios de forma assertiva e pedagógica, transmitindo segurança e controlo à criança e diminuindo as birras.

Esta fase vai exigir...
Paciência dobrada
Atenção triplicada
E, como sempre,
AMOR infinito

Se algo o preocupar em relação ao seu filho...
Se não souber como o ajudar...
Se tiver dúvidas...
Contacte a sua Unidade de Saúde Familiar

Bibliografia:

- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. www.dgs.pt
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (Eds.). (2017). Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents (4.a Ed). American Academy of Pediatrics.
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). Mary Sheridan's From Birth to Five Years: Children's Developmental Progress (4ª ed.). Routledge

Elaborado por estudante de EEESIP Ana Montoito
Sob orientação da Enfermeira Cátia Gomes

Pais Informados

Crianças felizes

DESENVOLVIMENTO INFANTIL
1-3 ANOS



Criado em: Julho 2023
Rever em: Julho 2025



Referências Bibliográficas

- Cardoso, A., Silva, A. P. e, & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(4), 11–20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974001>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*.
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents [pocket guide]* (4.^a Ed). American Academy of Pediatrics.
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser [International Council of Nurses]*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 94–104). Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's From Birth to Five Years: Children's Developmental Progress* (4^a Ed.).

Apêndice VI. Da Conceptualização à Planificação – Consulta
Adolescente

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio

**Da Conceptualização à Planificação
- Consulta Adolescente -**

Ana Isabel Morais Montoito

Regente Unidade Curricular:
Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Professor Orientador:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
setembro 2023**

Nota Introdutória

Uma faixa etária particularmente desafiante, especialmente para mim que cuido de recém-nascidos, é a adolescência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta está compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade e consiste numa etapa da vida caracterizada por um rápido crescimento, desenvolvimento de conhecimentos e competências socio emocionais, e aquisição de atributos e habilidades importantes para a transição para a vida adulta (World Health Organization [WHO], 2020).

A adolescência é também caracterizada pelo desenvolvimento de uma progressiva autonomia e pela construção de uma identidade pessoal e de grupo (Duffy, 2024). Por estes motivos, consiste numa fase que encerra em si um grande potencial, oferecendo múltiplas oportunidades de promoção da saúde e prevenção de doenças (WHO, 2020). Por outro lado, é também uma etapa que envolve grandes questionamentos e necessidade de experimentação, colocando os adolescentes numa posição privilegiada para adoção de comportamentos de risco (Duffy, 2024; WHO, 2020, 2022). Consistindo, assim, numa oportunidade chave para o EEESIP diagnosticar e intervir nas situações de risco presente ou provável, que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida do jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Está amplamente descrito na literatura que há comportamentos e características que protegem os adolescentes da adoção de comportamentos de risco, nomeadamente a prática de exercício físico, a existência de ambições para o futuro, a autoimagem (Duffy, 2024), os níveis de saúde mental (Pearce et al., 2021) e disponibilidade económica (Soriano-Sánchez & Sastre-Riba, 2022). Sendo que estes aspetos podem ser trabalhados no seio de uma relação de confiança e significativa entre o adolescente e o EEESIP.

Segundo a OMS, até 50% de todas as condições de saúde mental começam antes dos 14 anos de idade (WHO, 2020). Estes dados demonstram o quão imperativo é olhar para estas questões e intervir, no sentido de promover o desenvolvimento de competências cognitivas, sociais e emocionais que permitam aos adolescentes viver esta etapa do desenvolvimento adotando comportamentos saudáveis e prevenindo comportamentos de risco. Assim, progressivamente, tem vindo a conferir-se maior importância à saúde mental da pessoa, nomeadamente da criança e do adolescente, percebendo-se que uma saúde mental positiva se associa ao desenvolvimento físico e mental saudável ao longo da vida (Friedli, 2009; Pearce et al., 2021).

O conceito de saúde mental positiva é variável entre diferentes disciplinas e culturas, no entanto parece ser transversal que não se relaciona apenas com sentimentos de bem-estar, envolvendo também aptidões cognitivas, sociais e de regulação emocional (Friedli, 2009; Pearce et al., 2021; WHO, 2020). Alguns autores referem-se a estas aptidões como competências de saúde mental, incluindo-se as competências sociais, os comportamentos de ajuda, responsabilidade e respeito, e a prontidão para explorar (Pearce et al., 2021). Elevados níveis destas competências, no final da escola primária, estão associados a menos comportamentos de risco na adolescência, relacionados com a saúde (Rougeaux et al., 2017). Esta ideia vai ao encontro do sugerido por outros autores, no sentido que, os níveis de resiliência e autoconceito influenciam o ajustamento social e a sensação de bem-estar, podendo contribuir positiva ou negativamente para a adoção de comportamentos de risco (Soriano-Sánchez & Sastre-Riba, 2022). Nesta linha de pensamento e atuação, a criação e dinamização de programas que envolvam a aprendizagem de competências sociais e emocionais, nas escolas e restantes contextos das crianças, têm potencial para minimizar a adoção de comportamentos de risco (Pearce et al., 2021), promovendo a saúde individual e global.

Também a OMS defende que intervenções psicossociais podem ajudar a melhorar a saúde mental dos adolescentes, podendo fornecer habilidades básicas para promover comportamentos saudáveis e prevenir comportamentos de risco (WHO, 2020). Neste âmbito, importa considerar e mobilizar, quando oportuno, documentos como o Referencial de Educação para a Saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), constituindo ferramentas que são aportes importantes ao desenvolvimento de atividades significativas no desenvolvimento de competências da criança e jovem, protetoras da adoção de comportamentos de risco.

Nesta linha de pensamento, e reconhecendo a especificidade desta população, o PNSIJ disponibiliza um texto de apoio direcionado à puberdade e entrevista ao adolescente e apresenta várias linhas mestras de atuação que vão ao encontro das necessidades aqui identificadas, nomeadamente a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção; e o apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde das crianças e dos jovens (DGS, 2013). Estas

orientações correspondem naturalmente a responsabilidades do EEESIP, para com o adolescente e a sua família, devendo este promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, maximizando o seu potencial de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Por ser um contexto de cuidados diferente daquele em que exerço a minha atividade profissional, senti necessidade de consultar documentos orientadores, recorrendo ao PNSIJ (DGS, 2013), ao Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2020) e às recomendações emanadas pela *American Academy of Pediatrics* (Hagan et al., 2017) e pela OMS (WHO, 2022), para realizar um planeamento prévio das consultas, de modo a sistematizar os aspetos a avaliar e assim estar mais disponível para interagir com a criança/jovem e família durante o contacto. Assim, apresenta-se de seguida o levantamento dos principais aspetos a observar, avaliar e registar no âmbito de uma consulta de saúde infantil de um adolescente de 12 anos.

Este trabalho foi elaborado segundo as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e referências bibliográficas realizadas de acordo com a norma APA 7.ª edição.

Planeamento Consulta Enfermagem

	<p><u>Mnemónica para o Profissional de Saúde em Consultas com o Adolescente - acrónimo HEEADSSS:</u></p> <p>H – home (casa, família);</p> <p>E – education e employment (escola e emprego);</p> <p>E – eating (alimentação);</p> <p>A – activities (atividades desportivas e de lazer);</p> <p>D – drugs (consumos, adição);</p> <p>S – sexuality (sexualidade);</p> <p>S – Suicide (depressão, suicídio, humor);</p> <p>S – Safety (segurança, acidentes, violência).</p>
Exame Físico	<ul style="list-style-type: none">• Peso;• Altura;• IMC/Percentil;• Tensão Arterial• Acne, hirsutismo• Pele: palidez - Rastreio de anemia e ferropenia, considerando os hábitos alimentares e padrão menstrual; pesquisa de sinais de abusos ou lesões auto infligidas• Sinais de mutilação genital feminina, pesquisa nos casos de famílias de risco• Olhos: nistagmo, anisocoria ou pupilas não reativas, ptose, olhos vermelhos

	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeça e pescoço: malformações, postura específica da cabeça (por exemplo: torcicolo) • Respiração: taquipneia, sons respiratórios anormais • Cardiovascular: taquicardia, arritmia, sopro cardíaco <ul style="list-style-type: none"> ◦ História familiar de cardiopatia congênita, síndrome de morte súbita infantil ◦ Doenças hereditárias associadas a cardiopatia ◦ Diagnóstico pré-natal ◦ Sinais de insuficiência cardíaca ou diminuição da tolerância ao exercício (problemas de alimentação, sudorese, fadiga, episódios de síncope, dor). • Abdómen: fígado ou baço aumentados, massas, hérnias • Musculoesqueléticas e neurológicas: curvatura anormal da coluna, postura assimétrica, reflexos musculares ausentes ou diminuídos
Dentição	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o estado dentário e gengival • Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para Higiene Oral dos 13 anos e a existência de registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
Estádio pubertário	<ul style="list-style-type: none"> • Puberdade precoce - quando surgem sinais pubertários antes dos 8 anos, nas raparigas, e dos 9 anos, nos rapazes; • Atraso pubertário - quando não há sinais pubertários aos 13 anos, nas raparigas, e aos 14 anos, nos rapazes, ou quando as raparigas permanecem amenorreicas aos 16 anos. Estes casos devem ser referenciados a uma consulta hospitalar (endocrinologia, pediatria geral ou de adolescentes); • Idade média de início da puberdade – 10 anos, nas raparigas, e 12 anos, nos rapazes;

	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro sinal pubertário <ul style="list-style-type: none"> ○ Raparigas: Botão mamário ○ Rapazes: Aumento de volume testicular
Desenvolvimento Psicoafetivo e Social	<ul style="list-style-type: none"> • Maior autonomia e necessidade de afirmação da identidade (identidade de género); desenvolvimento de capacidades cognitivas, associadas a novos interesses intelectuais; expectável aumento da capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas • Redefinição das formas de relação com a família e amigos • Desenvolvimento de ideais e de sistema de valores éticos e morais
Sinais/sintomas de alerta	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de alerta: incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido; ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessiva-compulsiva; variação ponderal acentuada; alterações do pensamento e da perceção; comportamentos antissociais repetidos, isolamento mantido, comportamentos autoagressivos • Condutas de risco – consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco. • Enurese e encoprese – avaliação da presença/existência e/ou manutenção
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV • Verificar vacina HPV
Risco de Maus-Tratos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos • Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar

Segurança do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; • Risco de acidentes domésticos e durante atividades de lazer • Risco de acidentes rodoviários • Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente
Cuidados Antecipatórios	
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade física • Ingerir água
Puberdade	Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário
Atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo, frequência, intensidade e segurança • Desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia.
Hábitos de Sono	Quantidade (recomendado 9 a 12 horas de sono), qualidade, ritmo e higiene do sono
Saúde oral e hábitos de higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário • Aos 10, 13 e dos 15 aos 16 A o/a adolescente irá receber na escola um cheque dentista ou um documento de referência para a consulta de Higiene Oral
Escola	Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, <i>bullying</i> e <i>cyberbullying</i>
Família	Dinâmica familiar, adultos de referência
Amigo(a)s	Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença
Tempos livres	Sedentarismo, hábitos de televisão/computador/novas tecnologias/vídeo jogos

Cidadania	Direitos humanos, desigualdades de gênero, ambiente, cultura de segurança
Sexualidade	Autodeterminação sexual, gênero, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção
Segurança e acidentes	Segurança rodoviária (usar cinto de segurança e sistema de retenção adequado), atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos, em particular os desportos radicais e mergulho
Consumos nocivos, riscos	Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos
Violência e maus-tratos	<ul style="list-style-type: none">• Violência no namoro• Verificar, em todas as idades, a existência de lesões sugestivas de qualquer tipo de maus-tratos

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Direção-Geral da Educação & Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*.
- Duffy, E. (2024). Health Promotion of the Adolescent and Family. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 510–537). Elsevier.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*.
<http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents [pocket guide]* (4.^a Ed). American Academy of Pediatrics.
- Pearce, A., Rougeaux, E., Deighton, J., Viner, R. M., Law, C., & Hope, S. (2021). Can mental health competence reduce the higher risk of smoking initiation among teenagers with parents who smoke? *European Journal of Public Health*, 31(4), 756–763.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab102>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. N.º 133 de 12-07-2018, 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Rougeaux, E., Pearce, A., Deighton, J., Law, C., & Hope, S. (2017). MENTAL HEALTH COMPETENCE IN ELEVEN YEAR OLDS AND ITS ASSOCIATION WITH POOR PHYSICAL HEALTH AND MENTAL WELL-BEING: FINDINGS FROM THE UK MILLENNIUM COHORT STUDY. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71.
<https://doi.org/10.1136/jech-2017-ssmabstracts.144>
- Soriano-Sánchez, J. G., & Sastre-Riba, S. (2022). Predictores asociados al consumo de tabaco en adolescentes: una revisión sistemática. *Retos*, 1065–1072.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*.

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

Apêndice VII. Sessão “Infeções Respiratórias em Pediatria”

Serviço de Pediatria
Internamento

Informação para a Família

Departamento da Criança e do Jovem



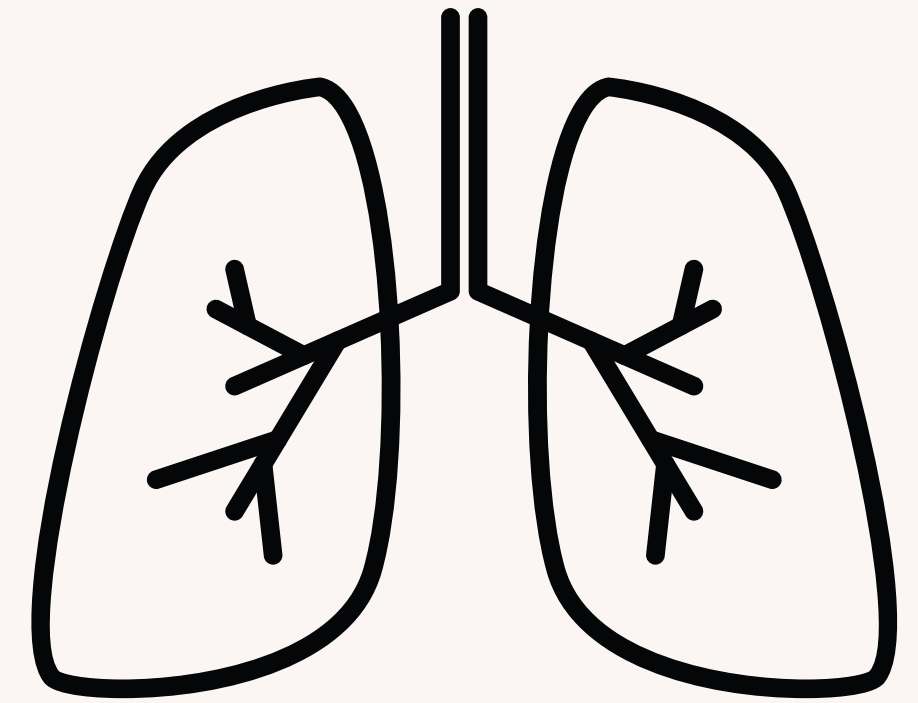
INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

Sessão Formativa do Grupo “À Conversa com os Pais”

Lisboa, 2023

SUMÁRIO

- 1 Infecção respiratória aguda em pediatria
- 2 Sinais e Sintomas
- 3 Cuidados à criança com infecção respiratória
- 4 Sinais de alarme
- 5 Prevenção de contaminação
- 6 Ideias a reter

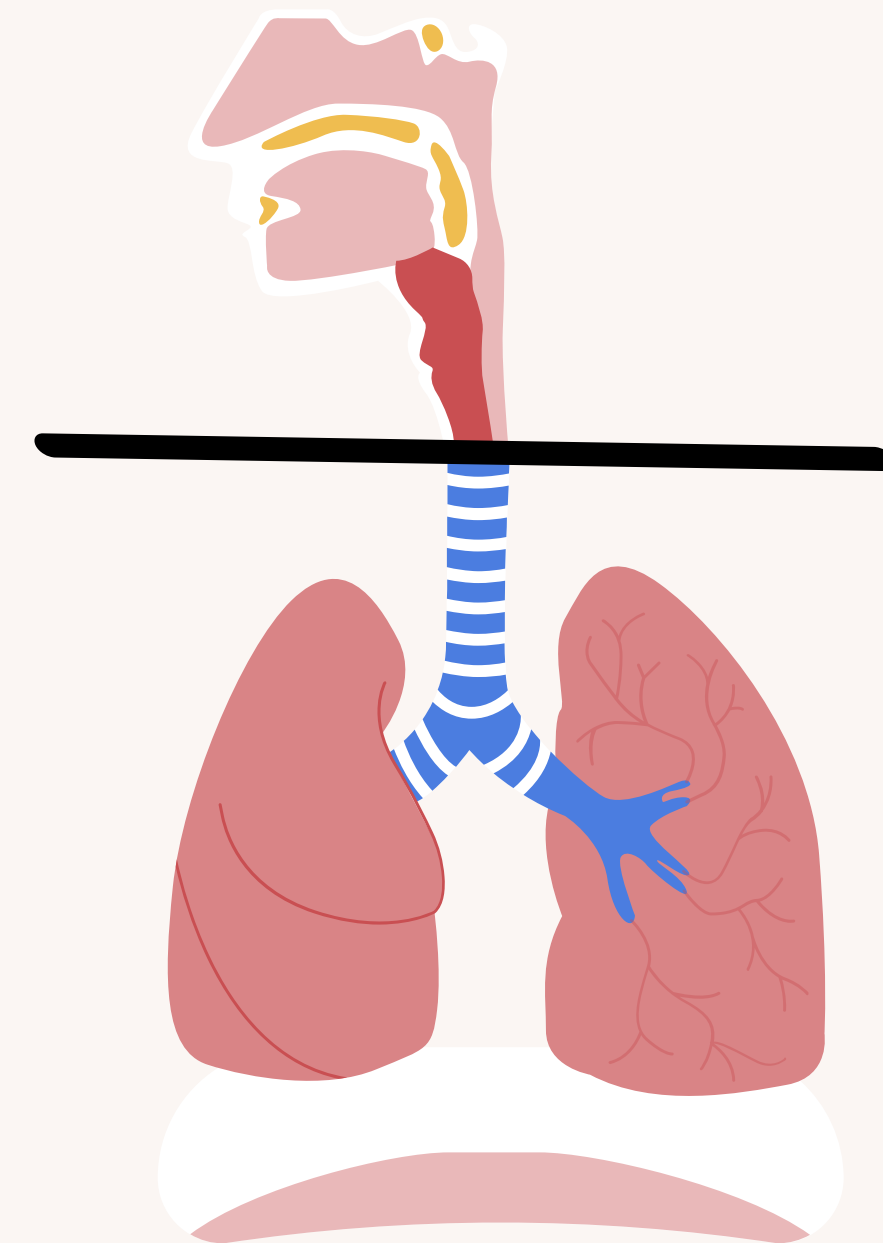


INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

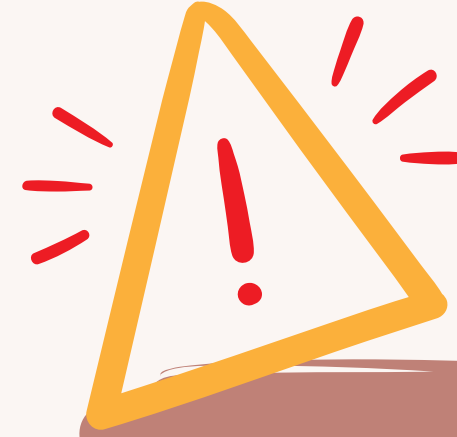
Infeções de uma ou mais partes do aparelho respiratório, causadas por vírus ou bactérias.

Infeções das vias aéreas superiores: Os sintomas ocorrem principalmente no nariz e garganta.

Infeções das vias aéreas inferiores: Os sintomas ocorrem na traqueia, vias aéreas e pulmões. Mais frequentes em crianças, incluem a bronquiolite e pneumonia.



BRONQUIOLITE



PRINCIPAL CAUSA DE HOSPITALIZAÇÃO EM
BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS!

Infeção das vias aéreas inferiores, mais frequente em crianças com menos de 2 anos de idade e é geralmente provocada por um **vírus**

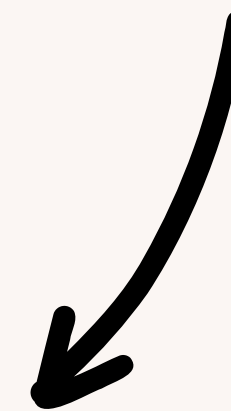
VÍRUS SINCICIAL
RESPIRATÓRIO

+ FREQUENTE



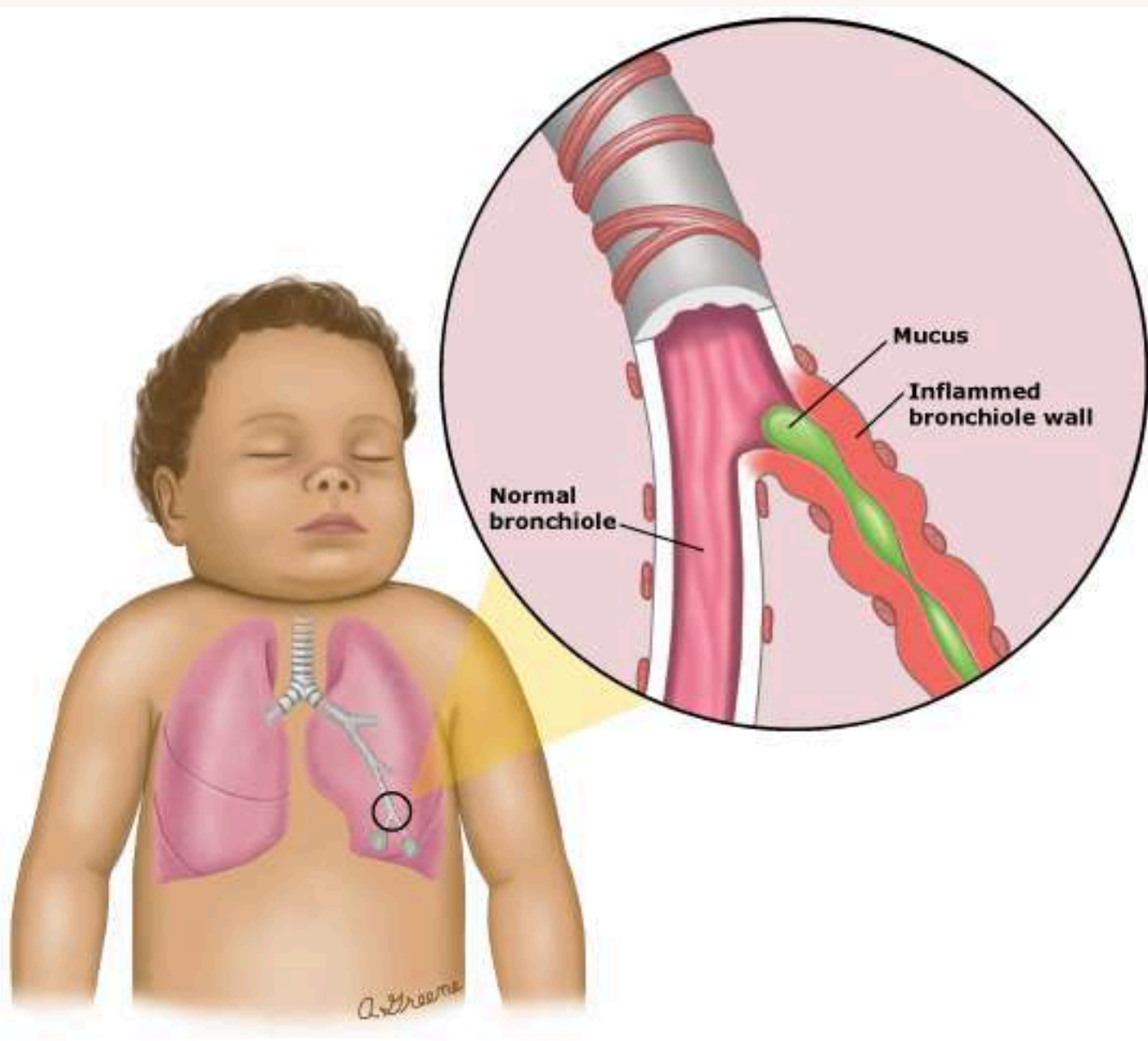
BRONQUIOLITE

INFLAMAÇÃO DAS PEQUENAS VIAS AÉREAS
(BRONQUÍOLOS)



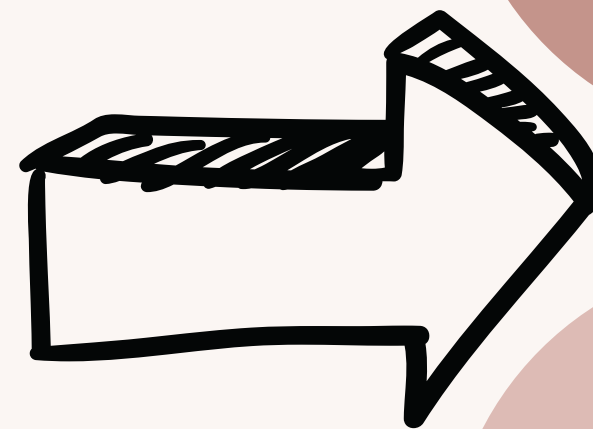
Bloqueia parcial ou completamente as vias aéreas

- SOM DE CHIAR QUANDO A CRIANÇA RESPIRA
- DIMINUIÇÃO DA OXIGENAÇÃO



SINAIS E SINTOMAS

- Febre
- Diminuição do apetite
- Diminuição da energia
- Dificuldade respiratória
- Obstrução nasal
- Tosse



BALANCEIO
DA CABEÇA

TIRAGEM

↑ DA
FREQUÊNCIA
RESPIRATÓRIA

ADEJO
NASAL





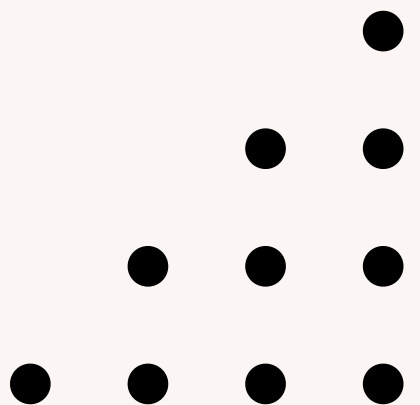
CUIDADOS À CRIANÇA COM INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

HIDRATAÇÃO

CONTROLO DA FEBRE

VIGIAR SINAIS
DE ALARME

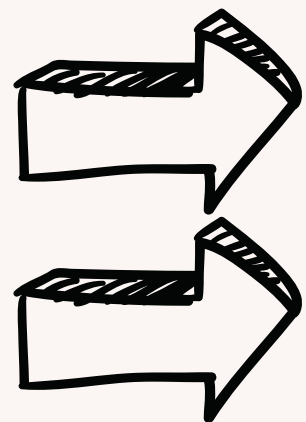
LAVAGEM
NASAL



HIDRATAÇÃO

Se a criança sente cansaço, obstrução nasal, picos febris, mau-estar...

É normal que sinta menos apetite



FRACIONAR AS REFEIÇÕES

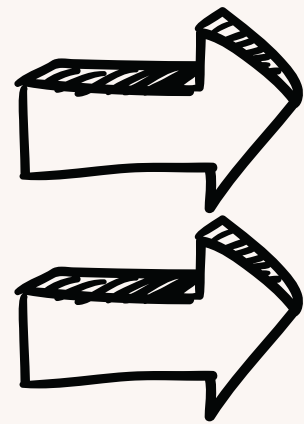
INSISTIR NA INGESTÃO DE LÍQUIDOS



INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

LAVAGEM NASAL

A acumulação de secreções é um dos sintomas mais frequentes e incômodos



INCENTIVAR A TOSSE (ajuda a expelir secreções acumuladas nas vias aéreas inferiores)

REALIZAR LAVAGEM NASAL E INCENTIVAR A CRIANÇA A ASSOAR-SE

(sempre que se justifique, antes das refeições e da administração de terapêutica inalatória)

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

LAVAGEM NASAL

Até aos 6 meses



INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

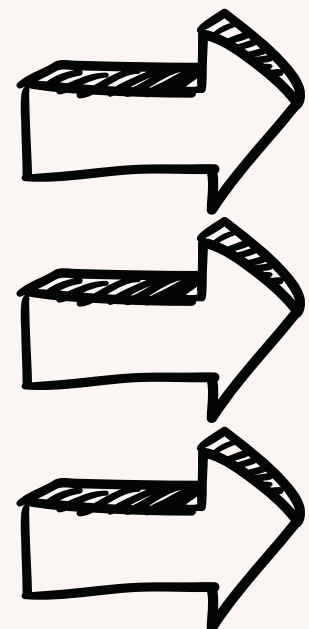
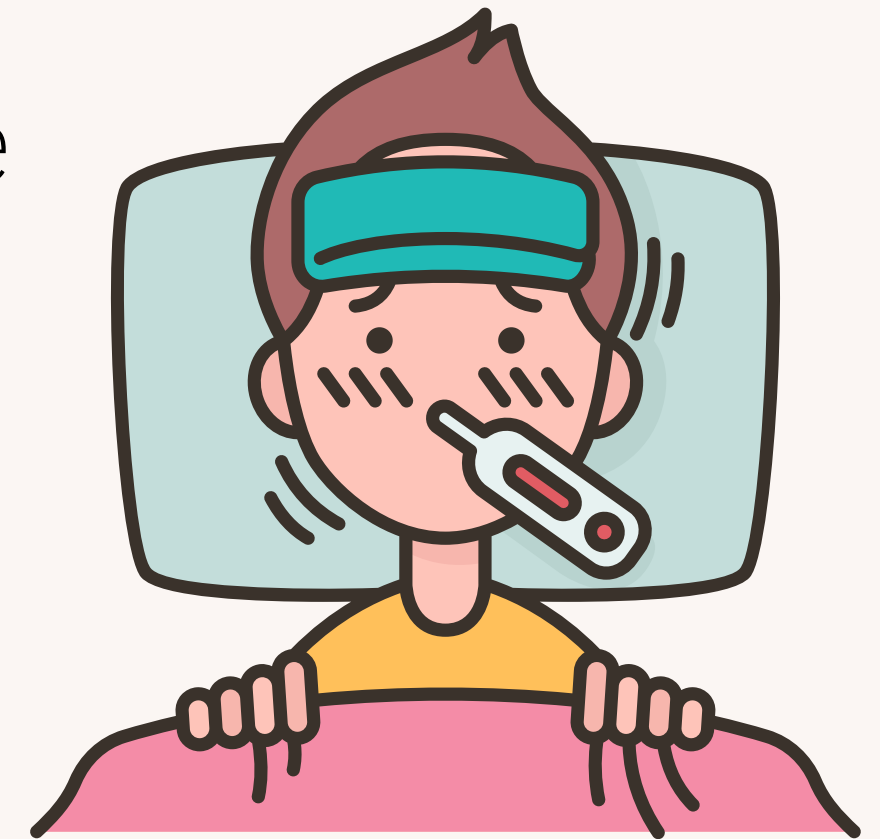
LAVAGEM NASAL

A partir dos 6 meses



CONTROLO DA FEBRE

A febre é uma reação saudável do organismo perante uma infecção conhecida. Deve ser controlada com antipirético, se a criança estiver desconfortável.



AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

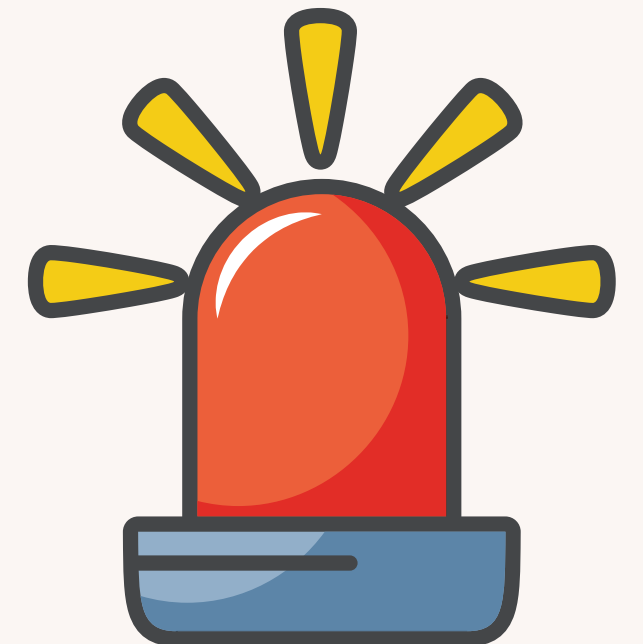
PROMOVER ARREFECIMENTO NATURAL (adequar vestuário, de forma a prevenir o sobreaquecimento)

ADMINISTRAR ANTIPIRÉTICO (em caso de necessidade)

SINAIS DE ALARME

É essencial saber identificar os sinais de alarme que justifiquem recorrer a um profissional de saúde

- Agravamento dos sinais de dificuldade respiratória;
- Cansaço a pequenos esforços;
- Intolerância oral aos líquidos (por vômitos ou recusa alimentar);
- Mau estado geral: criança irritada ou prostrada/pouco ativa;
- Febre elevada (acima de 39°C) e com pouco intervalo entre os picos febris;
- Coloração azulada ou pálida dos lábios;
- Agravamento dos sintomas a partir do 5º dia de doença.



PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO

O vírus sincicial respiratório transmite-se pela introdução do vírus através do nariz, olhos ou boca depois do contacto com secreções ou objetos que contêm os vírus
(**sobrevive várias horas nas mãos ou objetos contaminados**).

LAVAR AS
MÃOS



COBRIR A BOCA (NÃO
COM AS MÃOS) E NARIZ
QUANDO TOSSE OU
ESPIRRA

MANTER-SE NUM
AMBIENTE
RESGUARDADO



IDEIAS A REter

- 1 A maioria das infecções respiratórias agudas são causadas por vírus;
- 2 A doença tem um curso habitual, que envolve um agravamento ao 3º/4º dia;
- 3 Os vírus não são tratados com antibióticos;
- 4 As crianças devem ficar em casa sob vigilância dos sinais de alarme durante a doença;
- 5 A reavaliação pelo médico assistente deve ser realizada;
- 6 A exposição ao fumo do tabaco é um fator predisponente para as infecções respiratórias de repetição.

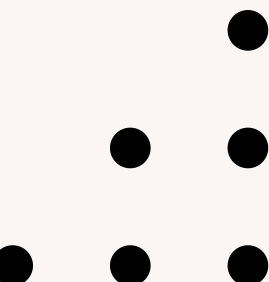
LEMBRE-SE, NÃO FUME EM CASA NEM PERTO DA SUA CRIANÇA.

EM CASO DE DÚVIDAS, PODE RECORRER...

- Médico assistente;
- Saúde 24 (808242424);
- Consulta de Saúde Infantil no Centro de Saúde;
- Serviço de Urgência Pediátrica.

EM CASO DE URGÊNCIA...

- 112



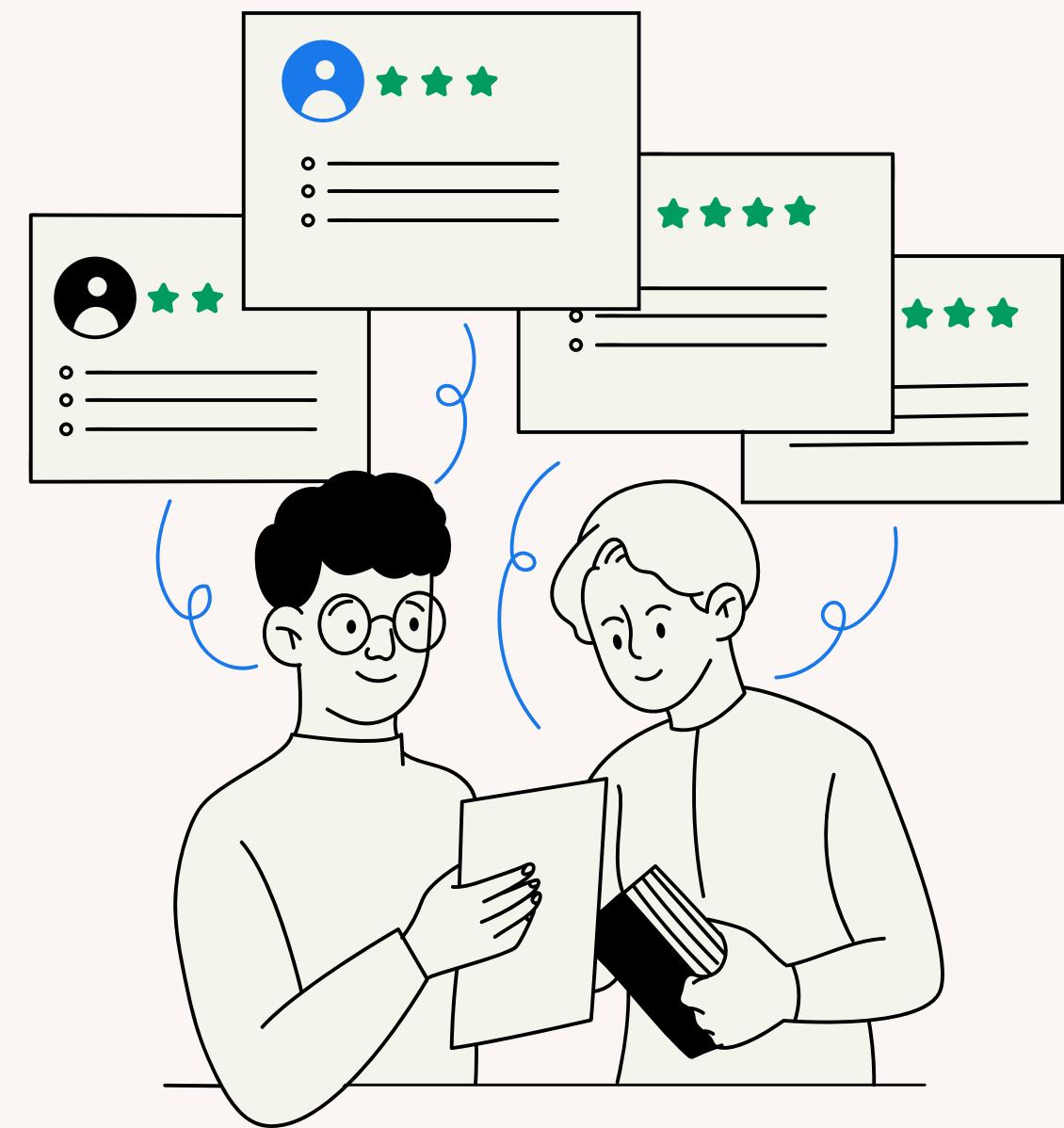
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2021). Fever and Your Baby. https://healthychildren.org/English/health-issues/conditions/fever/Pages/Fever-and-Your-Baby.aspx?_gl=1*j3lv2i*_ga*NzA4MTY3MTgyLjE2OTQ5NDA5NDE.*_ga_FD9D3XZVQQ*MTY5NzYyMjQxMi4zLjEuMTY5NzYyMz M1MS4wLjAuMA.
- American Academy of Pediatrics. (2023). Bronchiolitis: What Parents Should Know. <https://healthychildren.org/English/health-issues/conditions/chest-lungs/Pages/bronchiolitis.aspx>
- Piedra, P., & Stark, A. (2023). Patient education: Bronchiolitis and RSV in infants and children (Beyond the Basics). <https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-and-rsv-in-infants-and-children-beyond-the-basics>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (014/2018).
- Sistema Nacional de Saúde. (2023a). Prevenção de infeções respiratórias. <https://www.sns24.gov.pt/guia/prevencao-de-infecoes-respiratorias/#como-posso-prevenir-infecoes-agudas-das-vias-respiratorias>
- Sistema Nacional de Saúde. (2023b). Vírus sincicial respiratório. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infeciosas/virus-sincicial-respiratorio/#o-que-e-o-virus-sincicial-respiratorio>
- Ward, M. (2022). Patient education: Fever in children (Beyond the Basics). https://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-beyond-the-basics?source=related_link

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

OBRIGADA PELA VOSSA
DISPONIBILIDADE

Avaliação da Sessão



Apêndice VIII. Folheto “Infeções Respiratórias em Pediatria”

PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO

Os vírus respiratórios transmitem-se pela introdução do vírus através do nariz, olhos ou boca depois do contacto com secreções ou objetos que contêm os vírus (**sobrevive várias horas nas mãos ou objetos contaminados**).

LAVAR AS MÃOS

COBRIR A BOCA (NÃO COM AS MÃOS) E NARIZ QUANDO TOSSE OU ESPIRRA

MANTER-SE NUM AMBIENTE RESGUARDADO

EM CASO DE DÚVIDAS, PODE RECORRER...

- Médico assistente;
- Saúde 24 (808242424);
- Consulta de Saúde Infantil no Centro de Saúde;
- Serviço de Urgência Pediátrica.

EM CASO DE URGÊNCIA...

- 112



IDEIAS A RETER

- 1 A maioria das infeções respiratórias agudas são causadas por vírus;
- 2 A doença tem um curso habitual, que envolve um agravamento ao 3º/4º dia;
- 3 Os vírus não são tratados com antibióticos;
- 4 As crianças devem ficar em casa sob vigilância dos sinais de alarme durante a doença;
- 5 A reavaliação pelo médico assistente deve ser realizada;
- 6 A exposição ao fumo do tabaco é um fator predisponente para as infeções respiratórias de repetição.

Referências Bibliográficas:

Podem ser consultadas através do seguinte QR Code

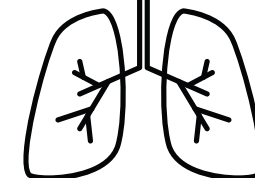


Serviço de Pediatria Internamento

Informação para a Família

Serviço Internamento de Pediatria
Departamento da Criança e do Jovem

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

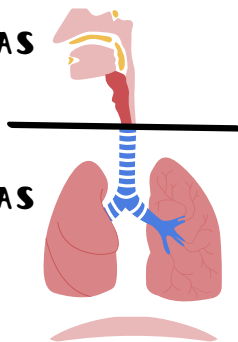


INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

Infeções de uma ou mais partes do aparelho respiratório, causadas por vírus ou bactérias.

INFEÇÕES DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

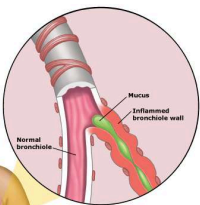
INFEÇÕES DAS VIAS AÉREAS INFERIORES



BRONQUIOLITE

Principal causa de hospitalização em bebês e crianças pequenas!

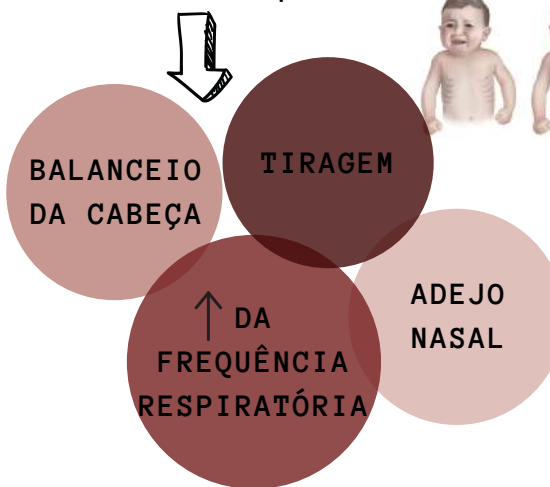
INFLAMAÇÃO DAS PEQUENAS VIAS AÉREAS (BRONQUÍOLOS)



Bloqueia parcial ou completamente as vias aéreas

SINAIS E SINTOMAS

- Febre
- Diminuição do apetite
- Diminuição da energia
- Obstrução nasal
- Tosse
- Dificuldade respiratória



CUIDADOS À CRIANÇA COM INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

1 HIDRATAÇÃO

- ⇒ Fracionar as refeições
- ⇒ Insistir na ingestão de líquidos

2 LAVAGEM NASAL

- ⇒ Incentivar a tosse (ajuda a expelir secreções acumuladas nas vias aéreas inferiores)
- ⇒ Realizar lavagem nasal e incentivar a criança a assoar-se (sempre que se justifique, antes das refeições e da administração de terapêutica inalatória)

3 CONTROLO DA FEBRE

- ⇒ Avaliação da temperatura corporal
- ⇒ Promover arrefecimento natural (adequar vestuário, de forma a prevenir o sobreaquecimento)
- ⇒ Administrar antipirético (em caso de necessidade)

4 VIGIAR SINAIS DE ALARME

- ⇒ Cansaço a pequenos esforços;
- ⇒ Agravamento da dificuldade respiratória;
- ⇒ Intolerância oral aos líquidos;
- ⇒ Mau estado geral, criança irritada ou prostrada;
- ⇒ Febre elevada (acima de 39°C) e com pouco intervalo entre os picos febris;
- ⇒ Coloração azulada ou pálida dos lábios;
- ⇒ Agravamento dos sintomas a partir do 5º dia de doença.

Apêndice IX. Excessiva afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica –
Que soluções?

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular Estágio

**Excessiva Afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica
– Que Soluções? –**

Ana Isabel Morais Montoito

Regente Unidade Curricular:
Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Professor Orientador:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

Lisboa
dezembro 2023

Nota Introdutória

Os Serviços de Urgência Pediátrica (SUP) são essenciais na resposta à necessidade de cuidados de saúde imediatos às crianças e aos jovens. No entanto, no decorrer do estágio, neste contexto, foi possível constatar que muitos pais se dirigem com os filhos ao SUP com situações sem gravidade, que deveriam motivar o contacto com os CSP. Segundo Souza (2016), a excessiva afluência dos clientes aos serviços de urgência é uma realidade, transformando-os numa das áreas do SNS sob maior pressão, impactando negativamente a qualidade das respostas às necessidades em cuidados de saúde da população.

A convicção de que o hospital é o recurso ideal no que concerne ao acesso a serviços de saúde é obsoleta, mas ainda partilhada por grande parte da população, o que conduz a uma procura desnecessária do setor hospitalar e conseqüentemente à sua hipertrofia, com um consumo despropositado de recursos em saúde. Fox (2024), aponta como fator potenciador deste fenómeno o facto de ambos os responsáveis parentais trabalharem durante o horário de funcionamento dos CSP, optando por recorrer com os filhos ao SUP fora do seu horário laboral. Em Portugal têm sido tomadas diversas medidas no sentido de diminuir o fenómeno, otimizando as respostas às necessidades das pessoas, nomeadamente através da criação da linha telefónica SNS 24, a existência de unidades de CSP com horário mais alargado e funcionamento aos fins de semana, entre outros. No entanto estas medidas mostram-se insuficientes, havendo uma elevada afluência de crianças e jovens ao SUP, com condições não urgentes. Por forma a suportar esta minha perceção, realizei um levantamento do número de crianças que recorreram ao SUP, de segunda-feira a domingo, bem como a prioridade avaliada em contexto de triagem. Os resultados são apresentados na forma de gráficos, evidenciando que cerca de 50% das crianças que recorre diariamente ao SUP, apresenta uma condição pouco urgente (pulseira verde).

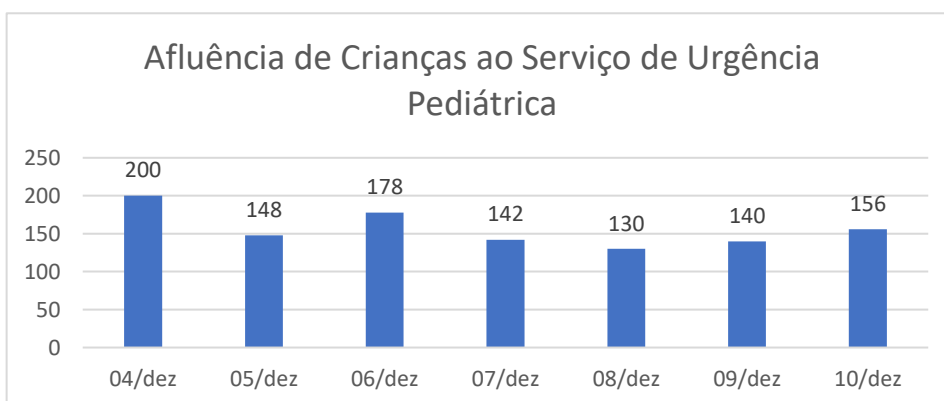


GRÁFICO 1 - AFLUÊNCIA DE CRIANÇAS AO SUP DE 4 A 10 DEZEMBRO.

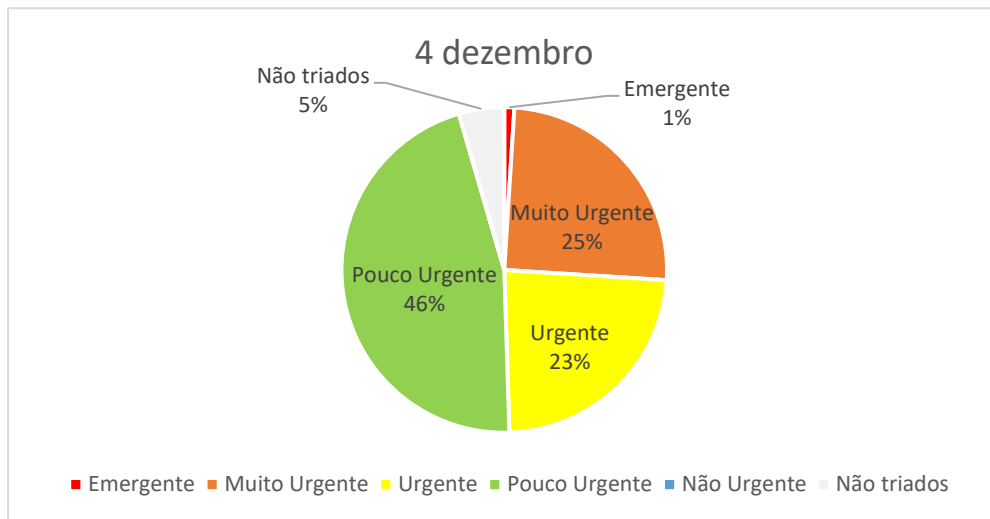


GRÁFICO 2 - DISPERSÃO DAS PRIORIDADES TRIADAS NO SUP DIA 4 DEZEMBRO.

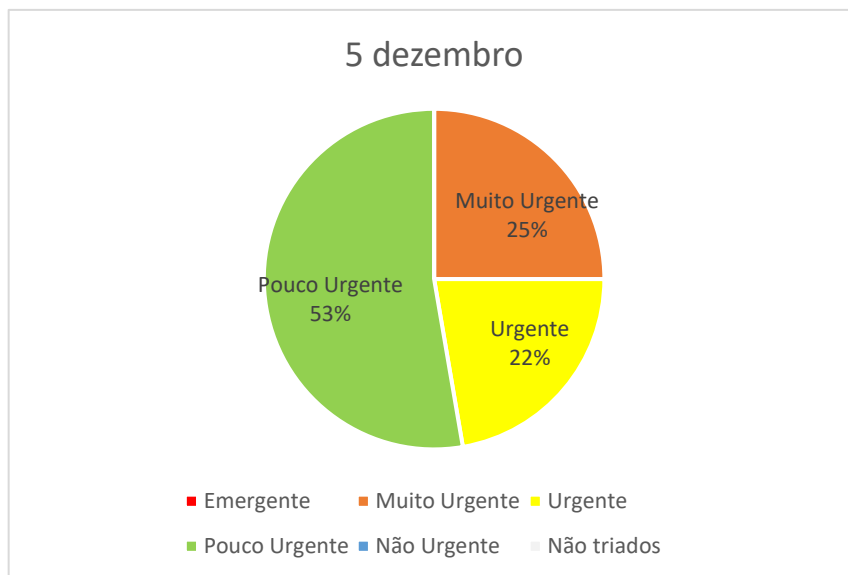


GRÁFICO 2 - DISPERSÃO DAS PRIORIDADES TRIADAS NO SUP DIA 5 DEZEMBRO.

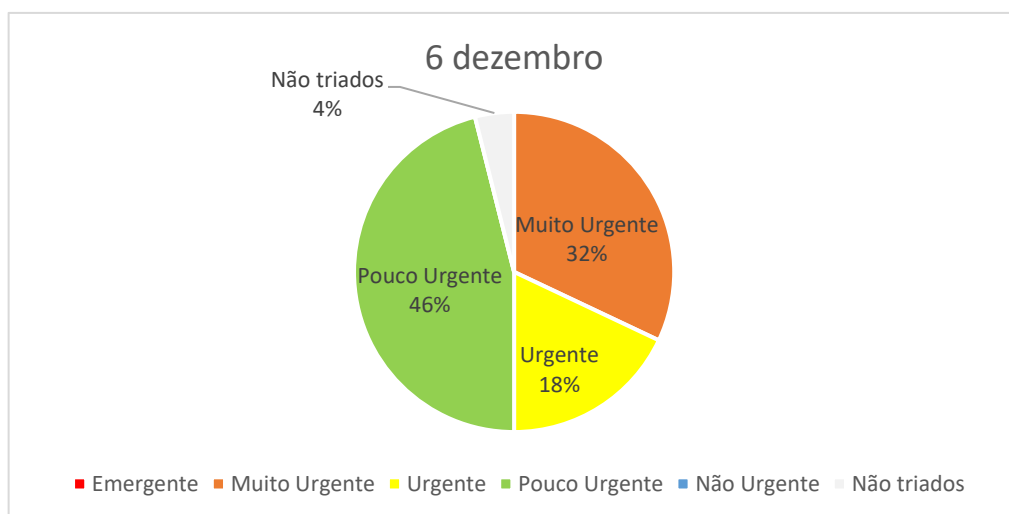


GRÁFICO 4 - DISPERSÃO DAS PRIORIDADES TRIADAS NO SUP DIA 6 DEZEMBRO.

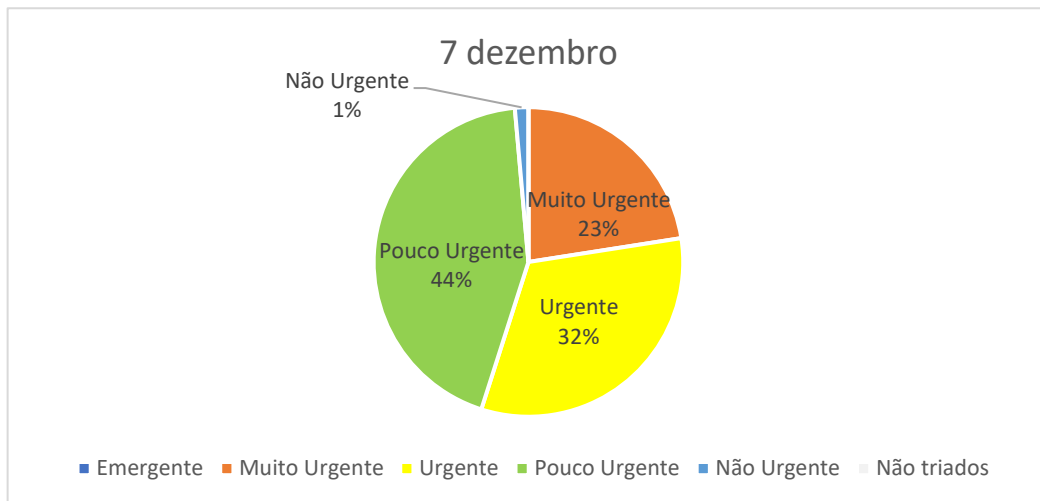


GRÁFICO 5 - DISPERSÃO DAS PRIORIDADES TRIADAS NO SUP DIA 7 DEZEMBRO.

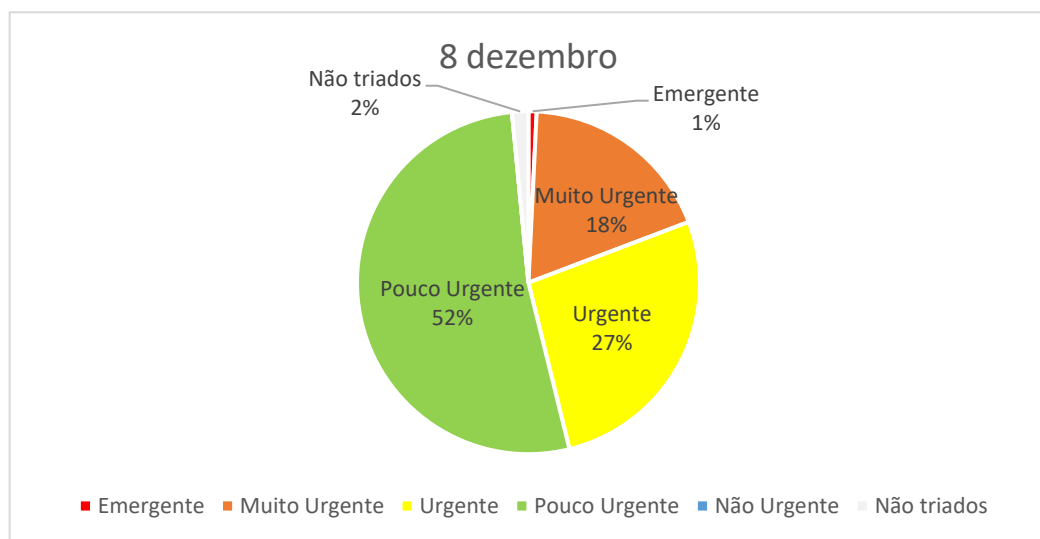


GRÁFICO 6 - DISPERSÃO DAS PRIORIDADES TRIADAS NO SUP DIA 8 DEZEMBRO.

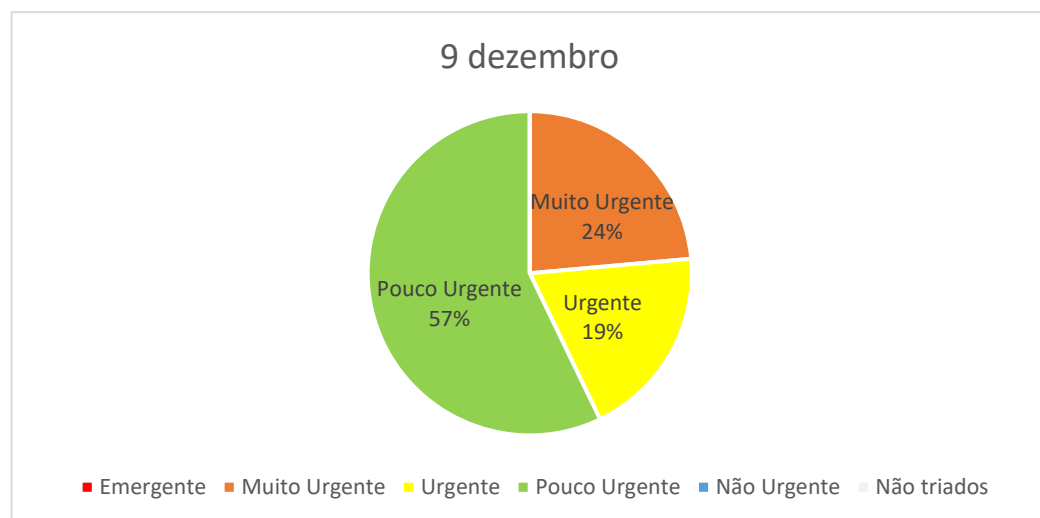


GRÁFICO 7 - DISPERSÃO DAS PRIORIDADES TRIADAS NO SUP DIA 9 DEZEMBRO.

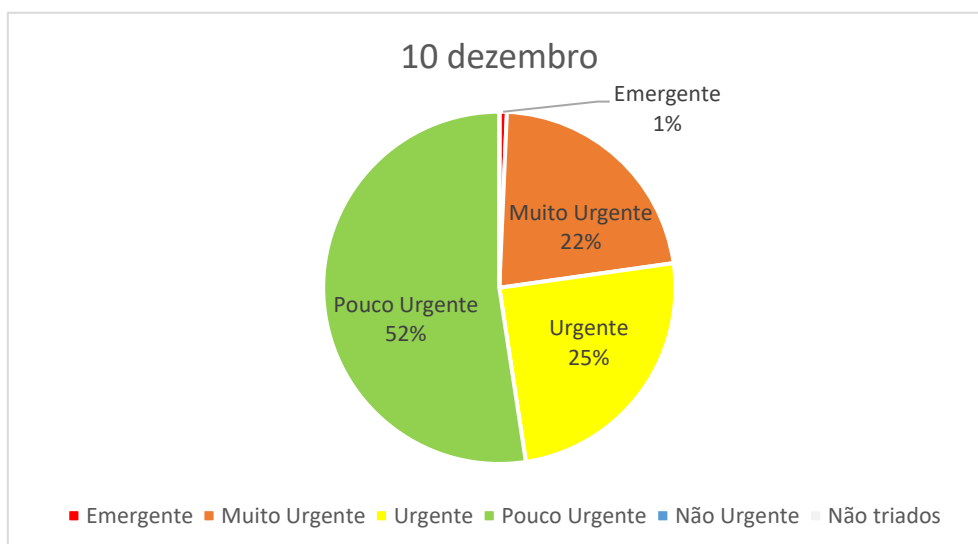


GRÁFICO 8 - DISPERSÃO DAS PRIORIDADES TRIADAS NO SUP DIA 10 DEZEMBRO.

Esta constatação e reflexão impeliu-me ao planeamento de uma atividade em contexto comunitário, designadamente a projeção de uma sessão a dinamizar numa creche, na mesma área geográfica do hospital em questão, destinada aos pais. A opção pela realização da sessão em contexto comunitário prendeu-se essencialmente pela disponibilidade dos pais para assistirem e retirarem proveito da sessão. Na medida em que, a realização da sessão no SUP, poderia ser interpretada como uma tentativa de minimizar as queixas que motivaram os pais a recorrer com os filhos ao SUP, o que associado a tempos de espera indesejados, cansaço e preocupação poderia suscitar sentimentos negativos, afetando os resultados esperados para a sessão.

O objetivo da sessão consiste em aumentar os níveis de literacia em saúde, facilitando o acesso a informação válida, baseada em evidência científica, e que permita otimizar as respostas dos pais na gestão das necessidades em saúde dos seus filhos. Pelo contexto epidemiológico atual, o tema da sessão está relacionado com as infeções respiratórias, cuidados a ter, medidas preventivas, sinais de alarme e motivos para recorrer ao SUP.

Escolas



INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

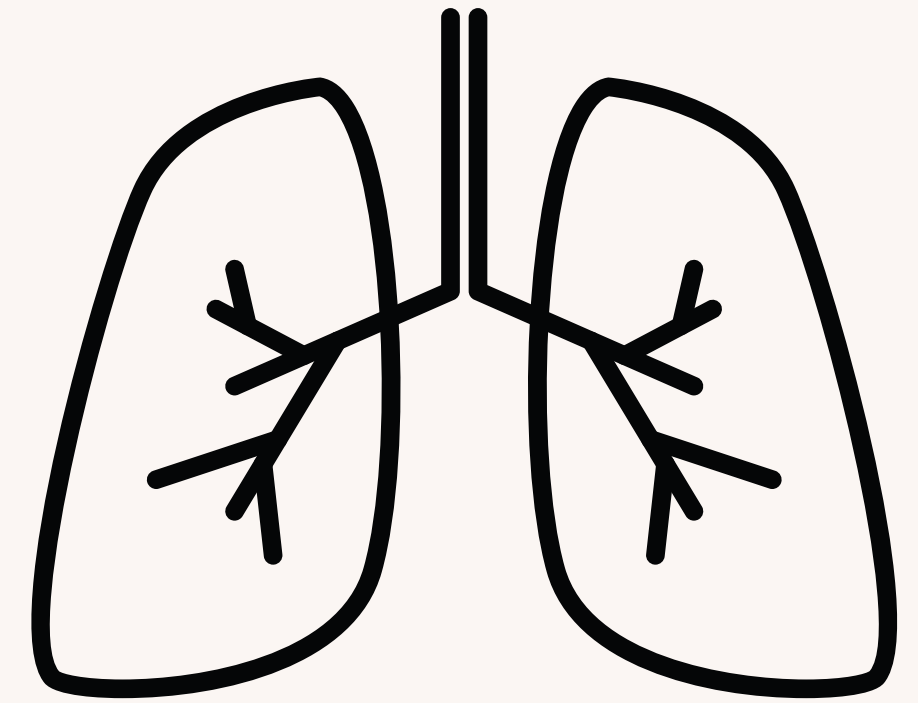
Ana Montoito

Sob orientação Prof^a Sónia Colaço

Cascais, 2024

SUMÁRIO

- 1 Infecção respiratória aguda em pediatria
- 2 Sinais e Sintomas
- 3 Cuidados à criança com infecção respiratória
- 4 Sinais de alarme
- 5 Prevenção de contaminação
- 6 Ideias a reter

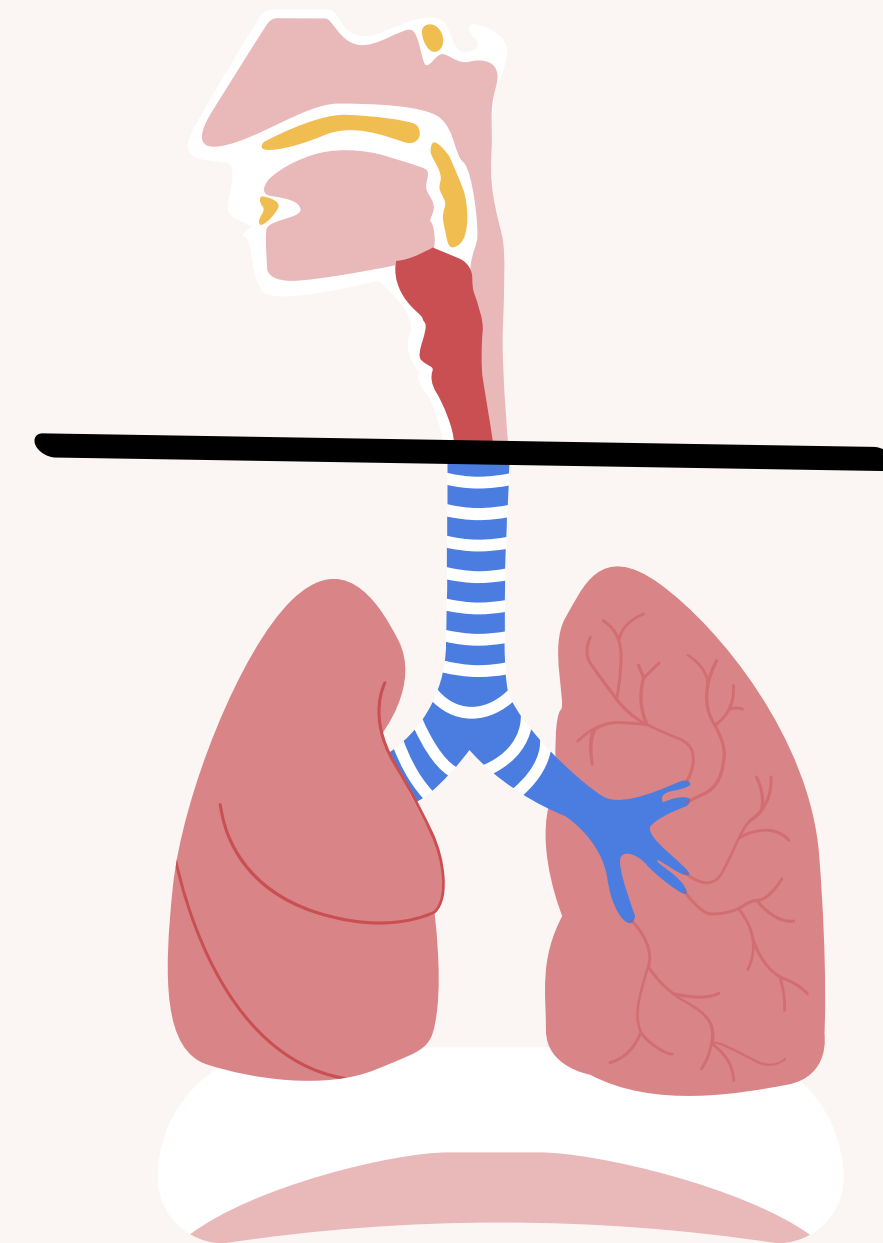


INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

Infeções de uma ou mais partes do aparelho respiratório, causadas por vírus ou bactérias.

Infeções das vias aéreas superiores: Os sintomas ocorrem principalmente no nariz e garganta.

Infeções das vias aéreas inferiores: Os sintomas ocorrem na traqueia, vias aéreas e pulmões. Mais frequentes em crianças, incluem a bronquiolite e pneumonia.



INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

BRONQUIOLITE



PRINCIPAL CAUSA DE HOSPITALIZAÇÃO EM
BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS!

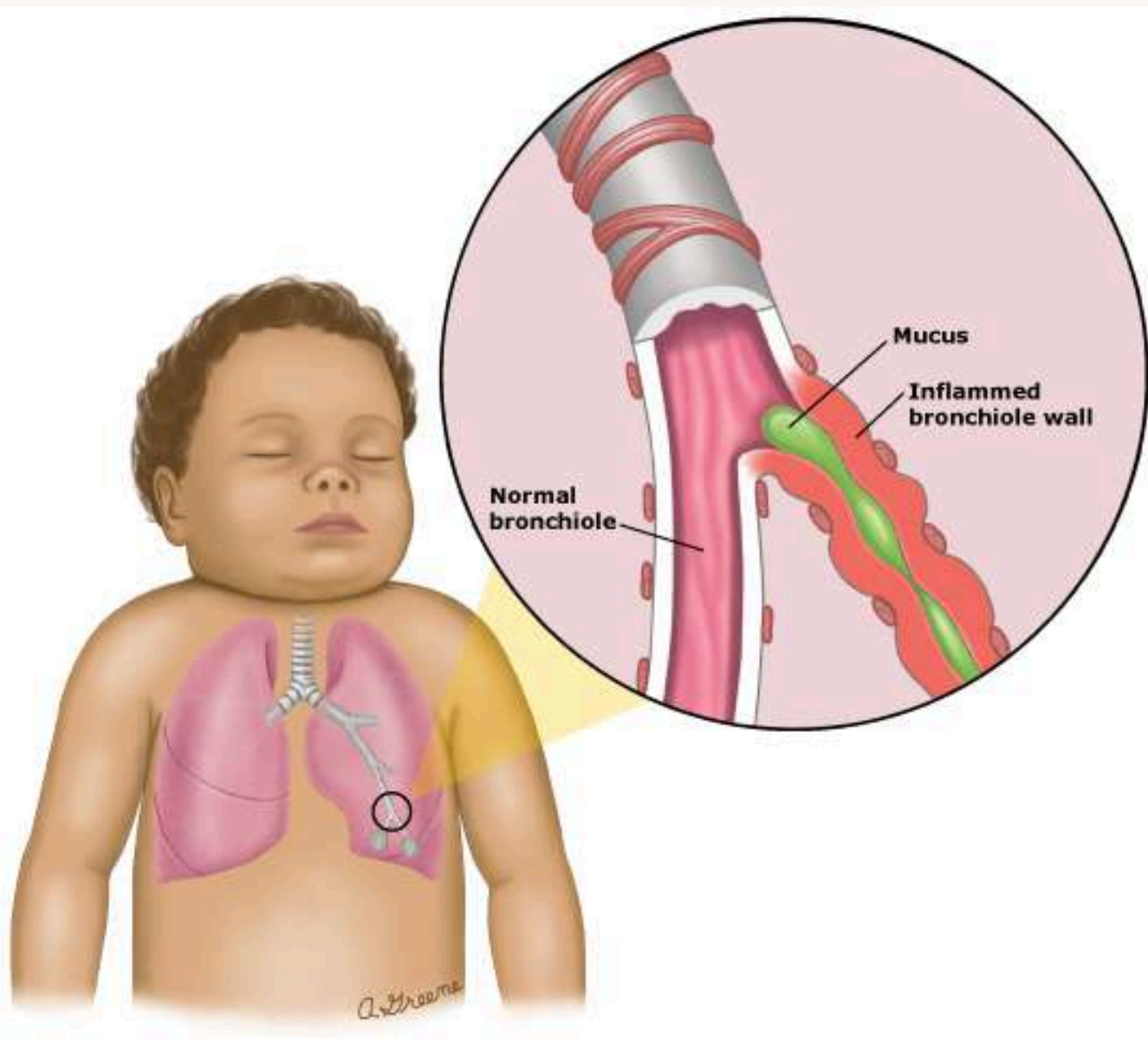
Infeção das vias aéreas inferiores, mais frequente em crianças com menos de 2 anos de idade e é geralmente provocada por um **vírus**

VÍRUS SINCICIAL
RESPIRATÓRIO

+ FREQUENTE

BRONQUIOLITE

INFLAMAÇÃO DAS PEQUENAS VIAS AÉREAS
(BRONQUÍOLOS)

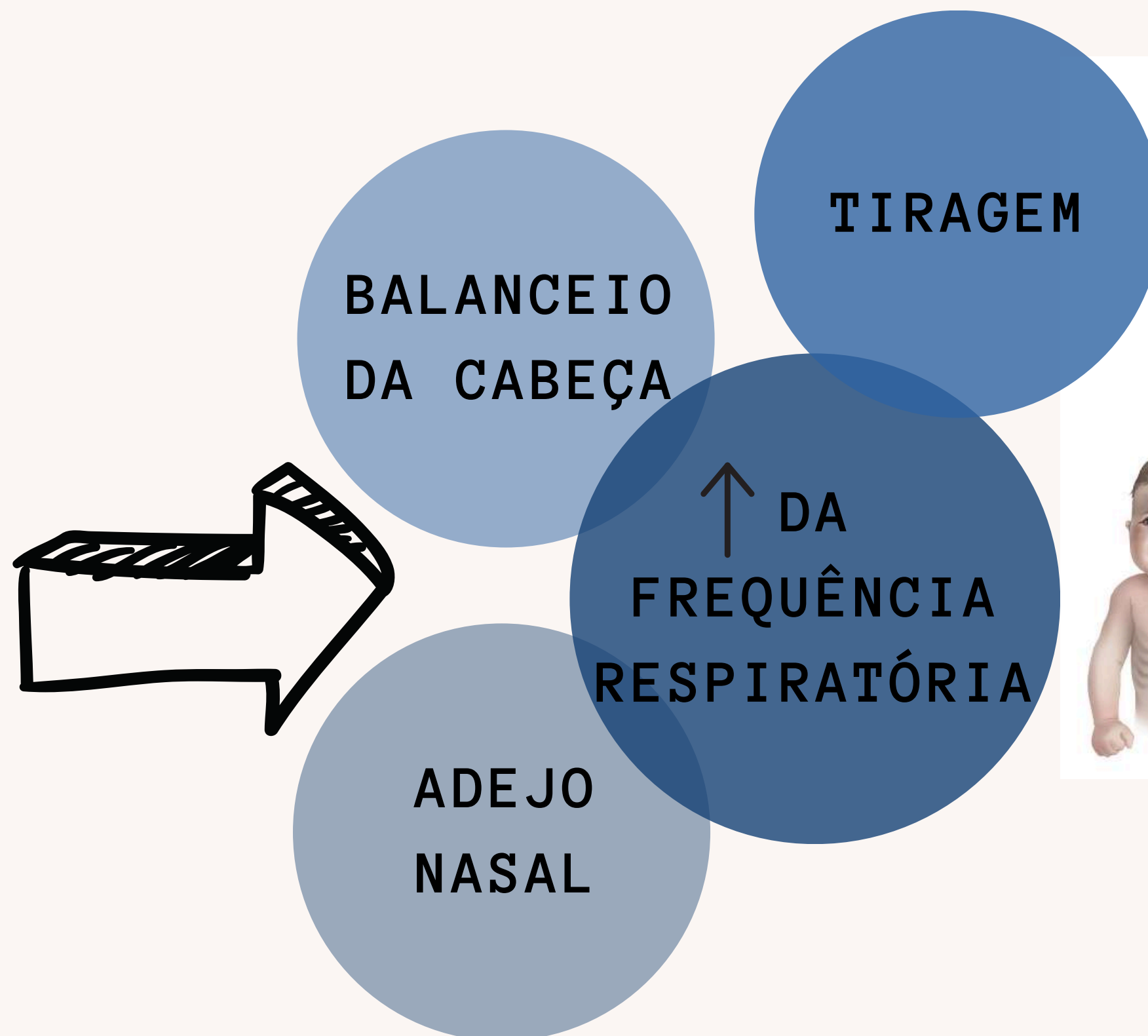


Bloqueia parcial ou completamente as vias aéreas

- SOM DE CHIAR QUANDO A CRIANÇA RESPIRA
- DIMINUIÇÃO DA OXIGENAÇÃO

SINAIS E SINTOMAS

- Febre
- Diminuição do apetite
- Diminuição da energia
- Dificuldade respiratória
- Obstrução nasal
- Tosse



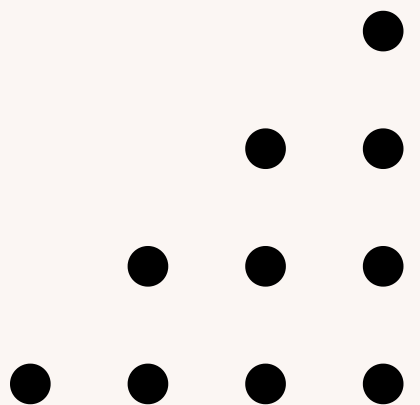
CUIDADOS À CRIANÇA COM INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

HIDRATAÇÃO

CONTROLO DA FEBRE

VIGIAR SINAIS
DE ALARME

LAVAGEM
NASAL

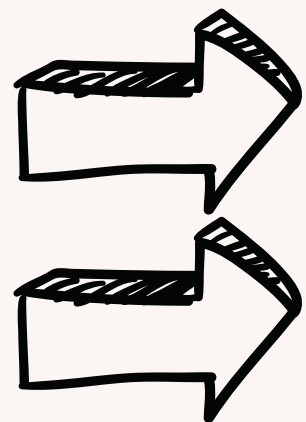


INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

HIDRATAÇÃO

Se a criança sente cansaço, obstrução nasal, picos febris, mau-estar...

É normal que sinta menos apetite



FRACIONAR AS REFEIÇÕES

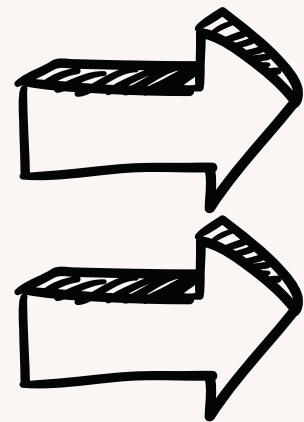
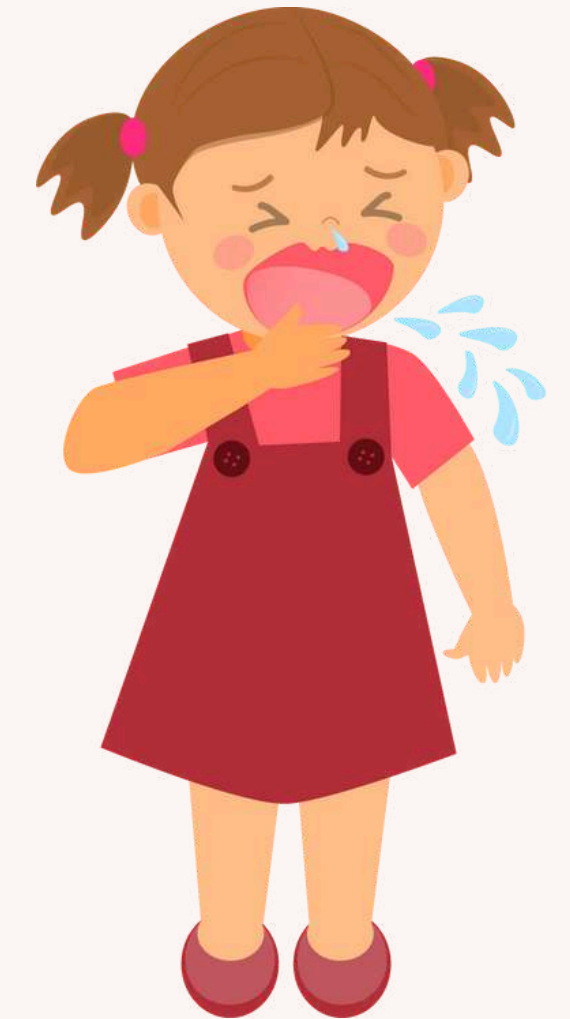
INSISTIR NA INGESTÃO DE LÍQUIDOS



INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

LAVAGEM NASAL

A acumulação de secreções é um dos sintomas mais frequentes e incômodos



INCENTIVAR A TOSSE (ajuda a expelir secreções acumuladas nas vias aéreas inferiores)

REALIZAR LAVAGEM NASAL E INCENTIVAR A CRIANÇA A ASSOAR-SE

(sempre que se justifique, antes das refeições e da administração de terapêutica inalatória)

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

LAVAGEM NASAL

Até aos 6 meses



INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

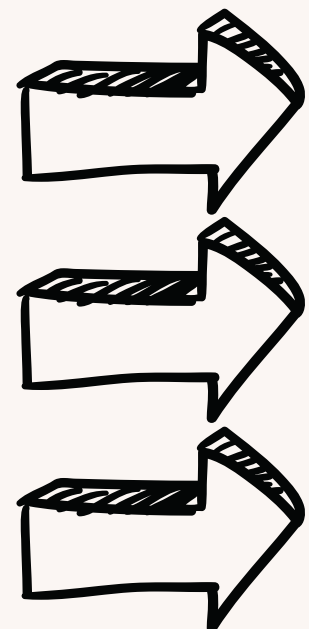
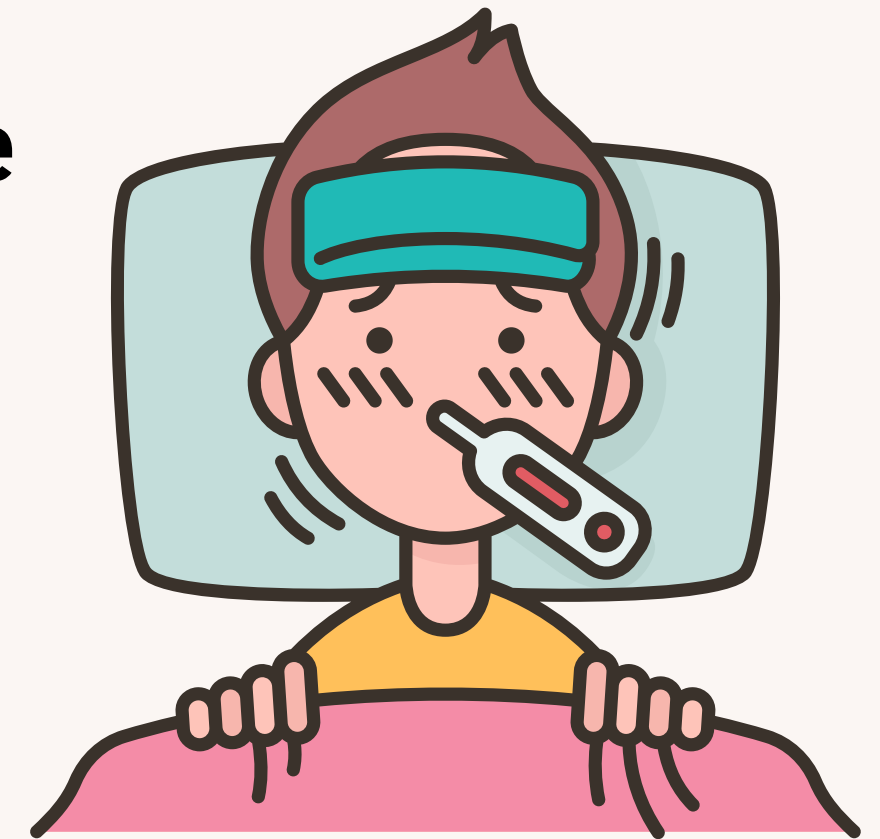
LAVAGEM NASAL

A partir dos 6 meses



CONTROLO DA FEBRE

A **FEBRE** é uma **reação saudável** do organismo perante uma infecção conhecida. Deve ser controlada com antipirético, **se a criança estiver desconfortável**.



AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

PROMOVER ARREFECIMENTO NATURAL (adequar vestuário, de forma a prevenir o sobreaquecimento)

ADMINISTRAR ANTIPIRÉTICO (em caso de necessidade)

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

SINAIS DE ALARME

É essencial saber identificar os sinais de alarme que justifiquem recorrer a um profissional de saúde

- Agravamento dos sinais de dificuldade respiratória;
- Cansaço a pequenos esforços;
- Intolerância oral aos líquidos (por vômitos ou recusa alimentar);
- Mau estado geral: criança irritada ou prostrada/pouco ativa;
- Febre elevada (acima de 39°C) e com pouco intervalo entre os picos febris;
- Coloração azulada ou pálida dos lábios;
- Agravamento dos sintomas a partir do 5º dia de doença.



PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO

O vírus sincicial respiratório transmite-se pela introdução do vírus através do nariz, olhos ou boca depois do contacto com secreções ou objetos que contêm os vírus
(**sobrevive várias horas nas mãos ou objetos contaminados**).

LAVAR AS
MÃOS



COBRIR A BOCA (NÃO
COM AS MÃOS) E NARIZ
QUANDO TOSSE OU
ESPIRRA

MANTER-SE NUM
AMBIENTE
RESGUARDADO



INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

IDEIAS A REter

- 1 A maioria das infecções respiratórias agudas são causadas por vírus;
- 2 A doença tem um curso habitual, que envolve um agravamento ao 3º/4º dia;
- 3 Os vírus não são tratados com antibióticos;
- 4 As crianças devem ficar em casa sob vigilância dos sinais de alarme durante a doença;
- 5 A reavaliação pelo médico assistente deve ser realizada;
- 6 A exposição ao fumo do tabaco é um fator predisponente para as infecções respiratórias de repetição.

LEMBRE-SE, NÃO FUME EM CASA NEM PERTO DA SUA CRIANÇA.

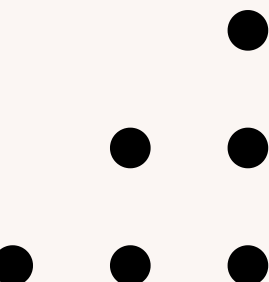
INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

EM CASO DE DÚVIDAS, PODE RECORRER . . .

- Médico assistente;
- Saúde 24 (808242424);
- Consulta de Saúde Infantil no Centro de Saúde;
- Serviço de Urgência Pediátrica.

EM CASO DE URGÊNCIA . . .

- 112



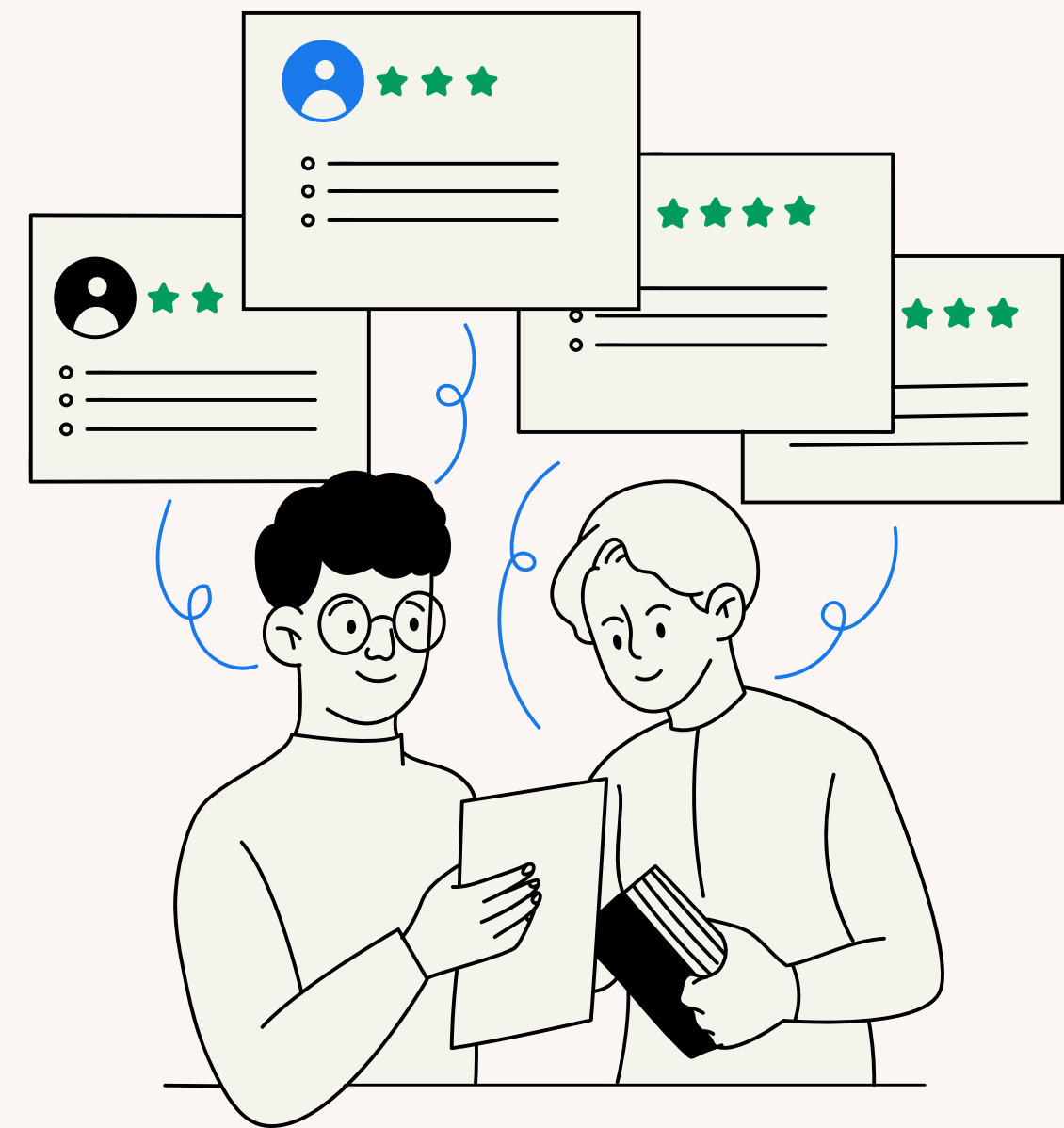
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2021). Fever and Your Baby. https://healthychildren.org/English/health-issues/conditions/fever/Pages/Fever-and-Your-Baby.aspx?_gl=1*j3lv2i*_ga*NzA4MTY3MTgyLjE2OTQ5NDA5NDE.*_ga_FD9D3XZVQQ*MTY5NzYyMjQxMi4zLjEuMTY5NzYyMz M1MS4wLjAuMA.
- American Academy of Pediatrics. (2023). Bronchiolitis: What Parents Should Know. <https://healthychildren.org/English/health-issues/conditions/chest-lungs/Pages/bronchiolitis.aspx>
- Piedra, P., & Stark, A. (2023). Patient education: Bronchiolitis and RSV in infants and children (Beyond the Basics). <https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-and-rsv-in-infants-and-children-beyond-the-basics>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (014/2018).
- Sistema Nacional de Saúde. (2023a). Prevenção de infeções respiratórias. <https://www.sns24.gov.pt/guia/prevencao-de-infecoes-respiratorias/#como-posso-prevenir-infecoes-agudas-das-vias-respiratorias>
- Sistema Nacional de Saúde. (2023b). Vírus sincicial respiratório. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infeciosas/virus-sincicial-respiratorio/#o-que-e-o-virus-sincicial-respiratorio>
- Ward, M. (2022). Patient education: Fever in children (Beyond the Basics). https://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-beyond-the-basics?source=related_link

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

OBRIGADA PELA VOSSA
DISPONIBILIDADE

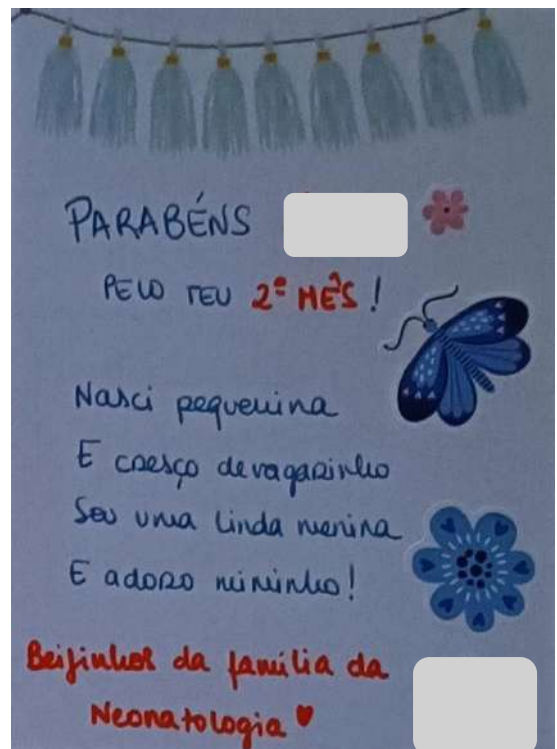
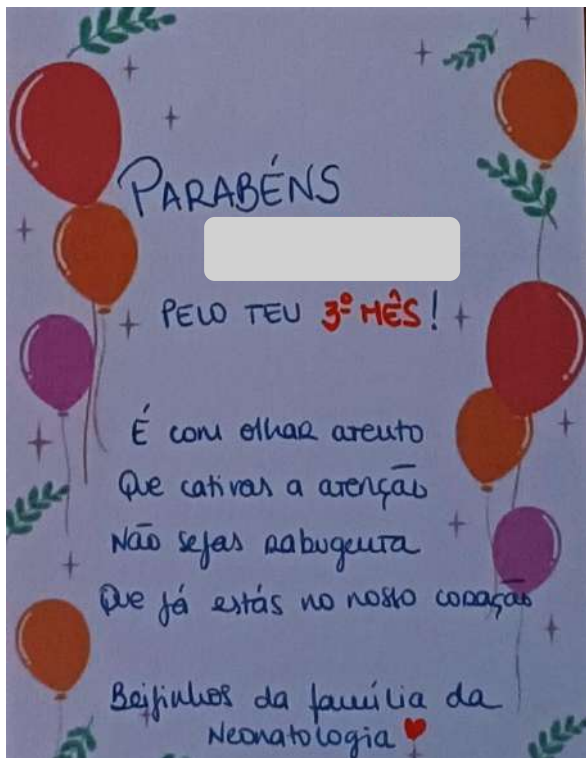
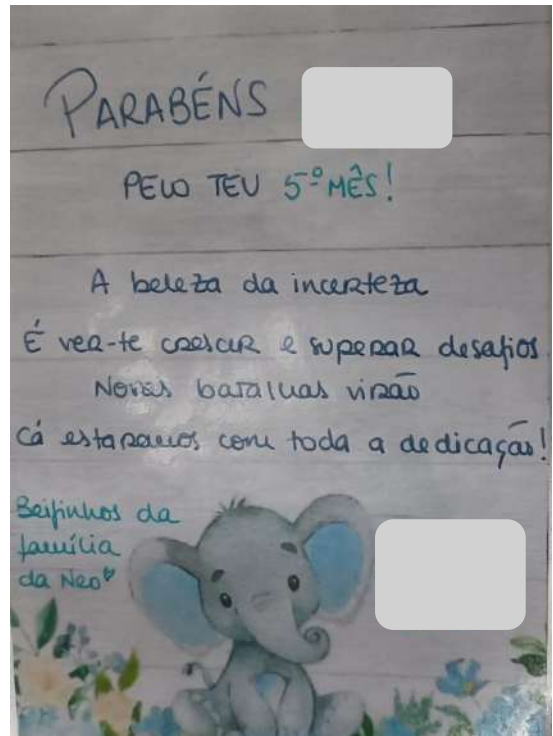
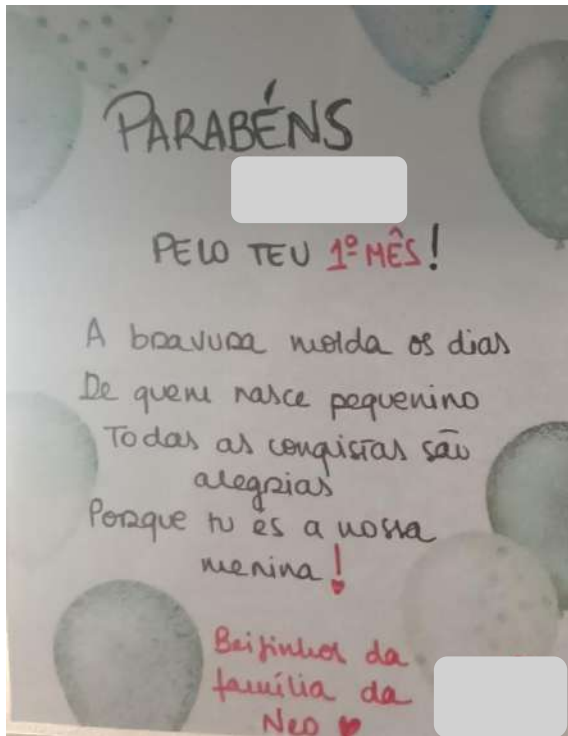
Avaliação da Sessão



Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. (2021). Fever and Your Baby. https://healthychildren.org/English/health-issues/conditions/fever/Pages/Fever-and-Your-Baby.aspx?_gl=1*j3lv2i*_ga*NzA4MTY3MTgyLjE2OTQ5NDA5NDE.*_ga_FD9D3XZVQQ*MTY5NzYyMjQxMi4zLjEuMTY5NzYyMzM1MS4wLjAuMA.
- American Academy of Pediatrics. (2023). Bronchiolitis: What Parents Should Know. <https://healthychildren.org/English/health-issues/conditions/chest-lungs/Pages/bronchiolitis.aspx>
- Fox, J. (2024). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In Wong's Nursing Care of Infants and Children (12th ed., pp. 648–667). Elsevier.
- Piedra, P., & Stark, A. (2023). Patient education: Bronchiolitis and RSV in infants and children (Beyond the Basics). <https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-and-rsv-in-infants-and-children-beyond-the-basics>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (014/2018).
- Sistema Nacional de Saúde. (2023a). Prevenção de infeções respiratórias. <https://www.sns24.gov.pt/guia/prevencao-de-infeco-es-respiratorias/#como-poss-o-prevenir-infeco-es-agudas-das-vias-respiratorias>
- Sistema Nacional de Saúde. (2023b). Vírus sincicial respiratório. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-sincicial-respiratorio/#o-que-e-o-virus-sincicial-respiratorio>
- Souza, C. C. de. (2016). Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência [Tese Doutorado]. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Ward, M. (2022). Patient education: Fever in children (Beyond the Basics). https://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-beyond-the-basics?source=related_link

Apêndice X. Cartões comemorativos meses



PARABÉNS

PELO TEU 2º MÊS



Um início atribulado, é certo
Mas o amor é o caninlho
Quero-vos sempre por perto
A dar muito nininlho!

Beijinhos da família da Neo♥



PARABÉNS

PELO TEU 1º MÊS!

Começaste a vida a viajar
Agora que já aprendeste a respirar
Toca a crescer
Para o leitinho começar a beber!

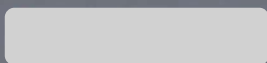
Beijinhos da família da Neo ♥

PARABÉNS

PELO TEU 1º MÊS

Chegaste de repente
Quase sem avisar
Agora é tudo diferente
Mas temos amor para nos guiar

Beijinhos da família da Neo*



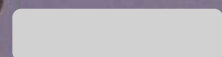
PARABÉNS

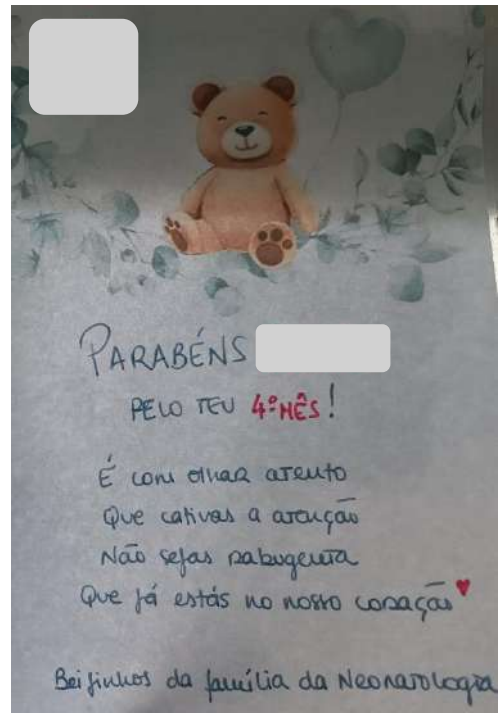
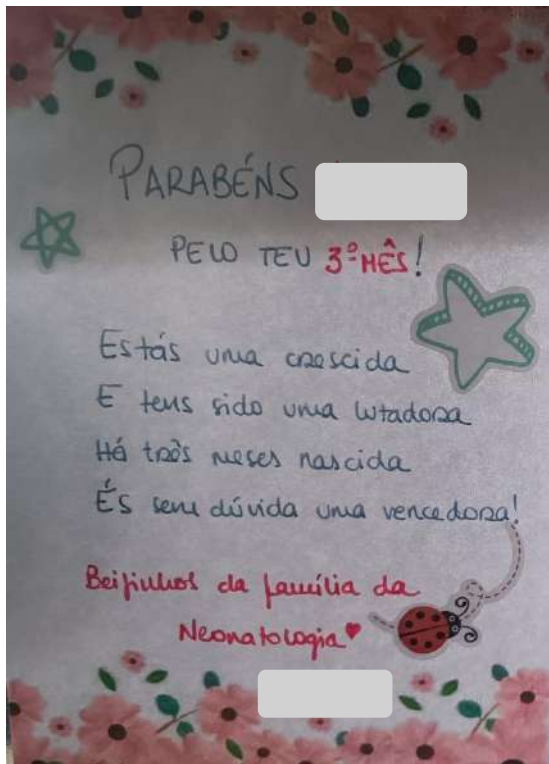
PELO TEU 3º MÊS!

Já na sala dos croceiros
A viver novas aventuras
Alguns leite bebido
E nininlhos com fantasia!



Beijinhos da
família da Neo*





Apêndice XI. Diários do Recém-Nascido



Nota Introdutória ao Diário

Olá Papás!

cheguei, antes do tempo, beee sei, mas tinha pressa
em conhecer - vos!

Este sítio é cheio de barulhos, apitos, naves espa-
ciais... Inensas coisas estranhas que me ajudaram
a crescer cá fora junto a vocês!

É normal que tenham dúvidas, também tive que
perguntar tudo às tias quando cheguei, onde é
que vocês estavam, quando é que vinham, para
que servissem estes tubos todos... Elas foram fan-
tásticas e explicaram-me tudo, portanto se não
souberem alguma coisa perguntem-lhes!

Dêem-me muitos mimosinhos, deixem-me dormir
quando estou tranquilo porque estou a crescer e
quando estou agitado a calmem-me com as vossas
mãos ou ponham-me no colo ou caçurem!

Este caderno é o nosso diário, para contarmos
a nossa história, os sustos que vos prego, as alegrias,
as novidades, os medos... Podem escrever, colar
fotografias, desenhos, o que quiserem...

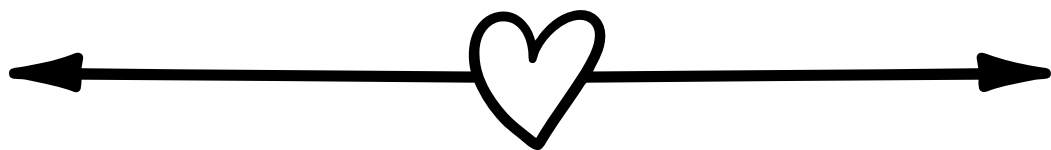
Amo-vos muito Papás ♡
do vosso Pedro

Apêndice XII. Livro “Pequenos em Tamanho, Grandes em Amor – A História dos Pequenos Guerreiros”



**PEQUENOS EM TAMANHO,
GRANDES EM AMOR**

A HISTÓRIA DOS PEQUENOS GUERREIROS



**17 NOVEMBRO
DIA MUNDIAL DA PREMATURIDADE**

Era uma vez ...



**...uma terra encantada
chamada**



Onde existia um sítio mágico



com seres muito pequeninos que habitavam
umas casinhas com rodas.

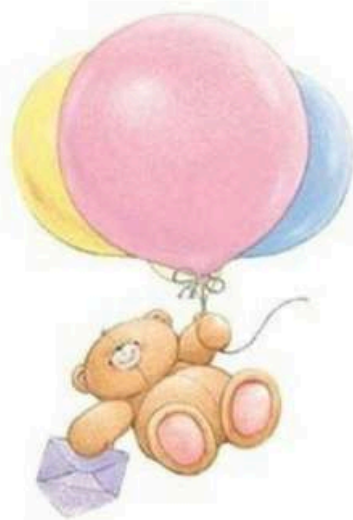


Este lugar tinha um céu azul cheio de nuvens e uma vista magnífica para um rio chamado Tejo.

Neste lugar, havia também uns seres grandes azuis que trabalhavam de dia e noite para ajudar estes seres pequeninos.



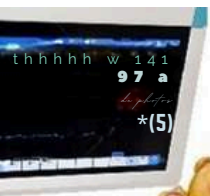
Um dia estavam os seres grande ocupados nos seus afazeres



**Quando um mensageiro trouxe a notícia:
Um ser pequenino está a caminho!**

**Era hora de decorar urgentemente a casa,
ligar o ar condicionado para ficar mais quentinho,**

**ligar a televisão e todas as máquinas
necessárias para receber o novo ser.**



**Ainda estavam os seres
grandes de volta de todos os
preparativos de boas vindas.**



**Quando um carrinho muito especial,
uma espécie de táxi mágico chegou!
Lá dentro vinha então um novo ser
pequenino... Eu!**



**Desde que ocupei a minha casinha que os seres
grandes azuis nunca mais me largaram, passam
horas e horas, dias e noites a cuidar de mim e da
minha casinha... confesso que não gosto muito!**



Mas os seres grandes azuis andam sempre a aspirar, a limpar, a mudar a decoração e a disposição dos móveis, expulsam os bichos maus que teimam entrar, tiram-me sangue, dão-me leiteinho e alguns remédios sempre que necessário.



**Enfim, fazem tudo para eu me sentir melhor.
E eu só tenho de ser forte e colaborar,
o que dá um trabalhão!**



E muitas vezes fico exausto!



Neste Lugar Encantado existem também outros seres grandes e diferentes que olham para mim de forma especial.





Sei que só me esperavam daqui a algum tempo, mas como sou muito curioso quis conhecer-vos mais cedo...

Nasci prematuro e muito pequenino, diferente do que imaginavam!



**Por isso tive que ficar neste lugar encantado, um local estranho, cheio de seres grandes azuis sempre à minha volta, com muitas luzes, barulhos esquisitos, mas onde tratam muito bem de mim!
E de vocês também!**



Às vezes fico preocupado convosco papás... Vocês parecem-me ansiosos, tristes e até mesmo culpados... Mas sabem uma coisa??

Nascer antes do tempo não é culpa de ninguém!!!



Vou deixar-vos algumas dicas, para vos contextualizar neste mundo da prematuridade...

(Os seres grandes azuis já me explicaram tudo!)

1

Eu passo muuuuito tempo a dormir



Por isso...

Quando os meus olhos estiverem fechados, deixem-me quietinho, não estou zangado com vocês, mas dormir é muito importante para mim...

É quando estou a crescer!



Quando estiver acordado
e de olhinhos abertos
então aproveitem para...



Brincar comigo



Tocar-me



Contar-me uma história

Dar-me mimos



Cantar-me uma canção



Falar comigo...



Gosto tanto ...



2

Apesar deste sítio ser encantado e eu precisar de estar aqui...



Há imensos barulhos assustadores e horríveis, por isso fico mais tranquilo quando...



Me pegam ao colo...

E fazem canguru comigo!



Assim consigo sentir o vosso cheirinho, o vosso calor...



**Mesmo que isso vos pareça
assustador.**

Eu adoro e é muito bom para mim.

E claro..!

**Não se esqueçam que os seres
grandes e azuis estão sempre
presentes para vos ajudar**



3

Atenção às visitas!!!

Eu sei, eu sei... Ainda não conheço toda a nossa família e amigos e isso incomoda-vos



MAS...

Segundo ouvi dizer, muitos seres á minha volta podem transmitir-me uns bichos horríveis que me fazem adoecer e por muito que eu queira ser forte não consigo lutar com eles!



E por falar em bichos...

4

Antes de me tocarem têm que lavar as mãos e desinfetar com o líquido azul.



E se estiverem doentes...



Perguntem sempre aos seres azuis se me devem vir ver

E usem aquelas coisas que vos tapam o nariz e a boca

(farto-me de rir quando vocês e os seres grandes azuis andam com isso, pois é difícil saber quem é quem...)



**Se não puderem vir não se preocupem, eu fico bem, pois sei que é tudo para o meu bem!
E podemos ver-nos através das velhas tecnologias.**



5

Quando estava na barriga da mamã, vivia no escurinho, por isso não gosto de luzes fortes. Especialmente quando estou a descansar mantenham sempre a minha casinha tapada.



Solário



Nem vão acreditar!

**Então não é que aqui, quando estamos amarelos,
põem-nos no solário...**



**Se chegarem e eu estiver por baixo de um aparelho
cheio de luzes azuis, e com uns óculos especiais para
protegerem os meus olhinhos, já sabem... SOLÁRIO!**

**Mas não gosto nada, grito muito para ver se me
tiram dali... o que vale é que passa rápido!!!**

7

Mamã...

Por enquanto como ainda sou pequenino não posso ir à maminha mas existe uns aparelhos (que aviso já que as mamãs não gostam de usar) onde tu podes ir tirar o leiteinho para mim.



Se por acaso não me puderes dar do teu leite, seja qual for o motivo, não te preocupes nem fiques triste.

Os seres grandes azuis têm outros leites preparados para mim.

Mas é claro que gosto mais do teu leiteinho.



**Logo que se sintam
preparados comecem a
cuidar de mim!**



**Nada vai ser fácil à primeira, mas com o
treino vocês ficam mais confiantes e
aprendemos a fazer tudo em conjunto!**

Troquem-me a fralda...



Aconcheguem-me para dormir...

Deem-me banhinho...





... Mas não demorem muito...



Fico cheio de frriio!

E depois do banho não esperem que faça muitas coisas pois fico muito mole e preguiçoso... só me apetece uma boa soneca!!!



9

Queridos papás



**Se eu enfrentar
problemas, não
desanimem (muito),
ajudem-me!**



**Façam das
dificuldades um
desafio a ser
superado!**





10

E por fim nunca se esqueçam que...

o que eu mais preciso

**É do vosso
Amor**





**Obrigado
papás**



♥ Testemunho de uma Mãe ♥

A vida fica suspensa

Cada hora tem a duração de anos...

**Cada minuto é uma luta pela
sobrevivência...**

**As únicas palavras pronunciadas são:
estável ou instável...**

**Vive-se na expectativa de ouvir um
"está melhor" que nunca chega...**

**Nestes longuíssimos meses, cada
momento é uma incógnita. Mas
também uma vitória. Uma percepção
da vontade de vida.**

Cada grama ganho é festejado!

**Cada grama perdido, uma
preocupação de cortar a respiração...**

**Só conseguimos olhar para eles,
respirar por eles, e viver por eles...**





**Nunca se esqueçam que
na mais profunda e
escura das noites surge
SEMPRE a luz brilhante
de uma madrugada!**



Muita, muita, muita força e
NUNCA deixem de acreditar!!!



Apêndice XIII. Apresentação Dia Mundial da Prematuridade



17 NOVEMBRO

DIA MUNDIAL DA PREMATURIDADE

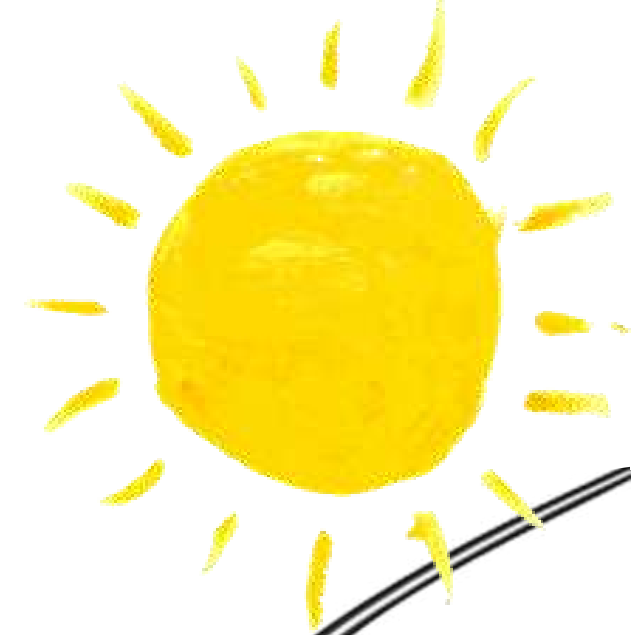


A PREMATURIDADE...

UMA CAMINHADA ESCRITA COM AMOR!



A PREMATURIDADE É UMA CAMINHADA COM...



AVANÇOS E
RECUOS

ALEGRIAS

APRENDIZAGENS

INCERTEZAS
E
DÚVIDAS

MEDOS

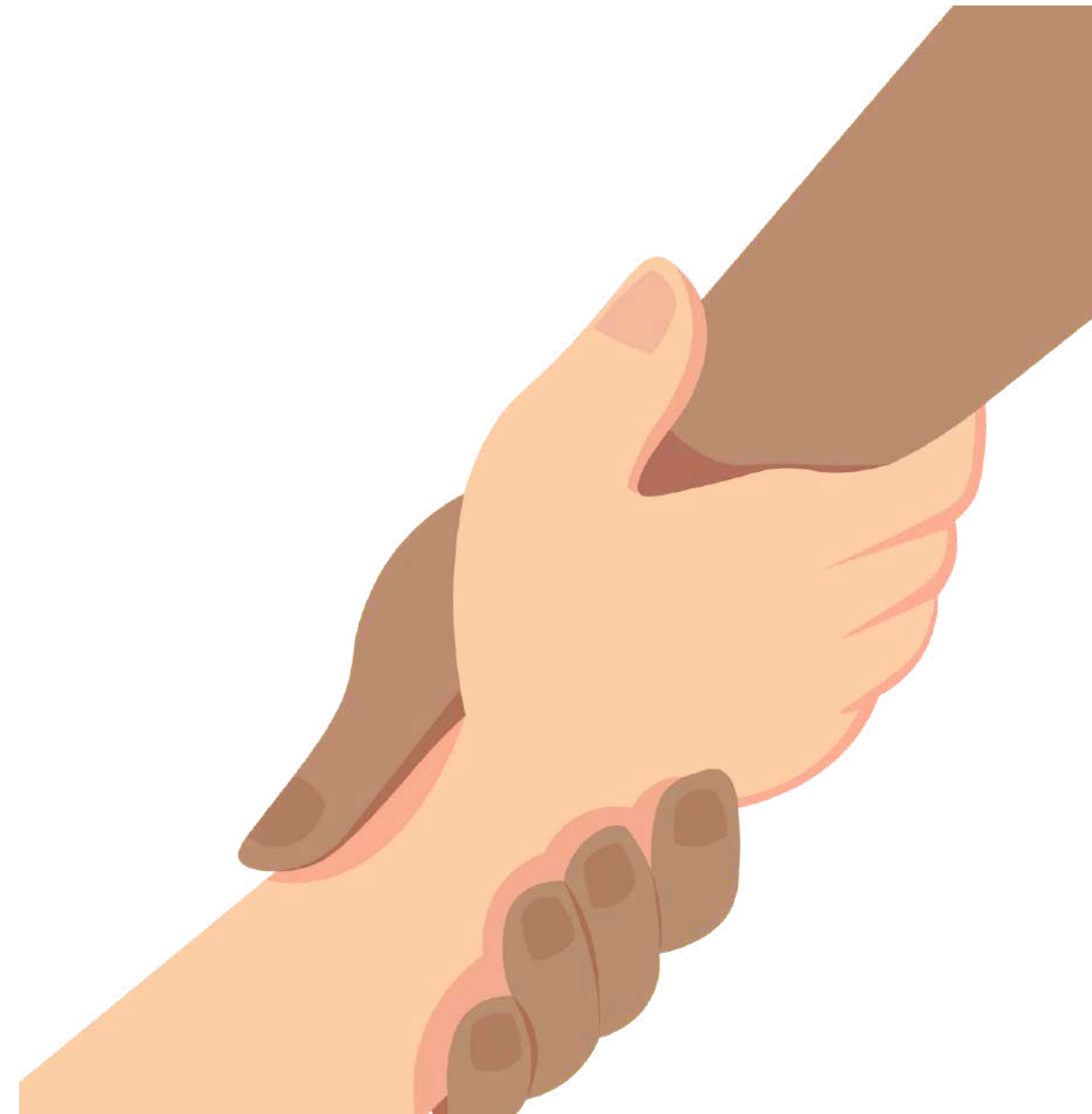
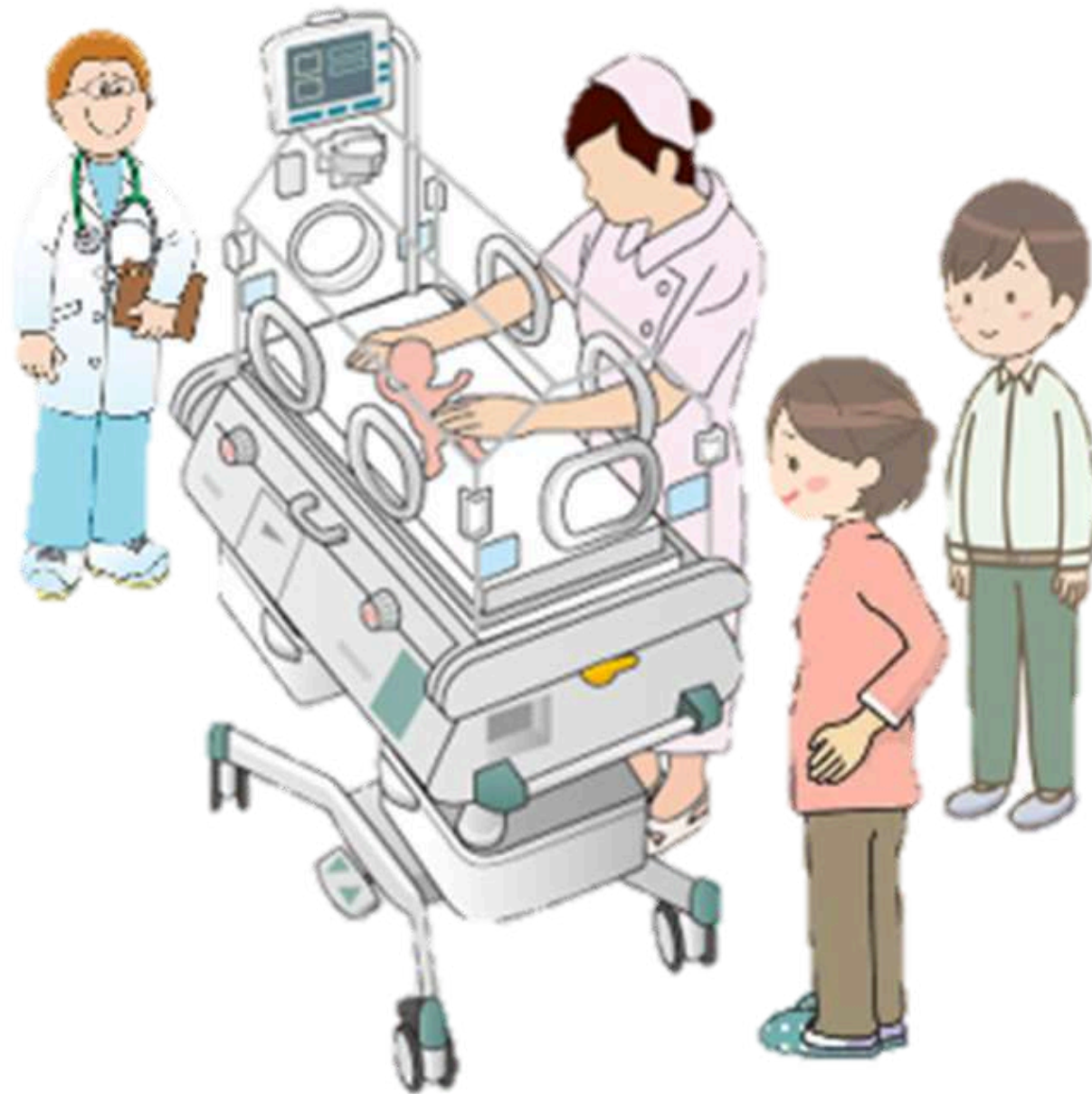
AMOR

ENTREAJUDA

DESCOBERTAS

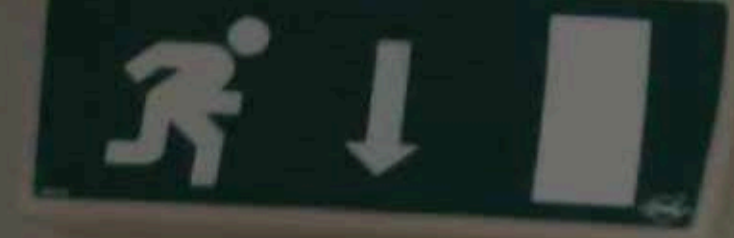
E NÓS, EQUIPA DA NEONATOLOGIA...

VAMOS AJUDAR-VOS A PERCORRER ESTE CAMINHO!



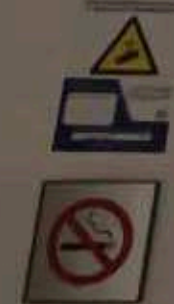


Aqui começa a
nossa viagem!



Secretariado Neonatologia →

Internamento de Neonatologia



Fire extinguisher label







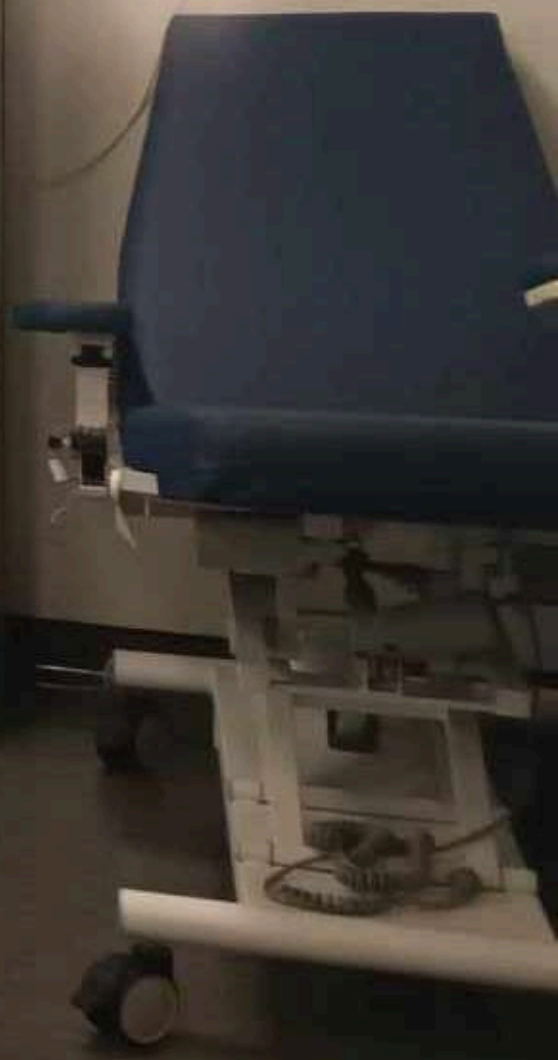
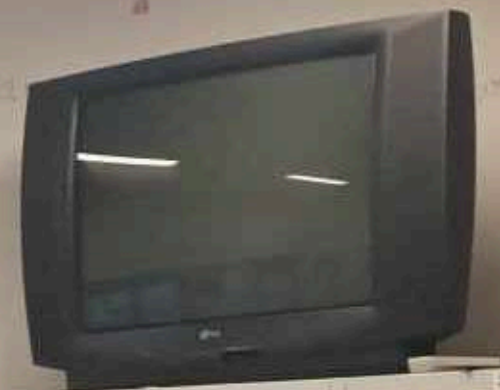
Sala de Pais



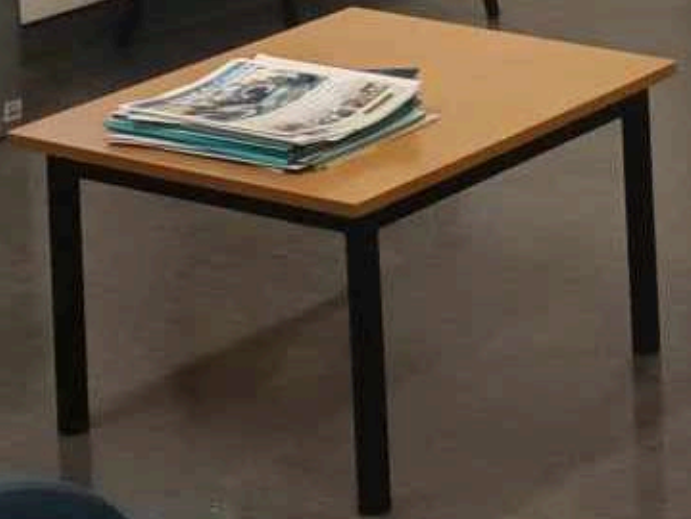


se separarmos para por sua tua barriga para a vida

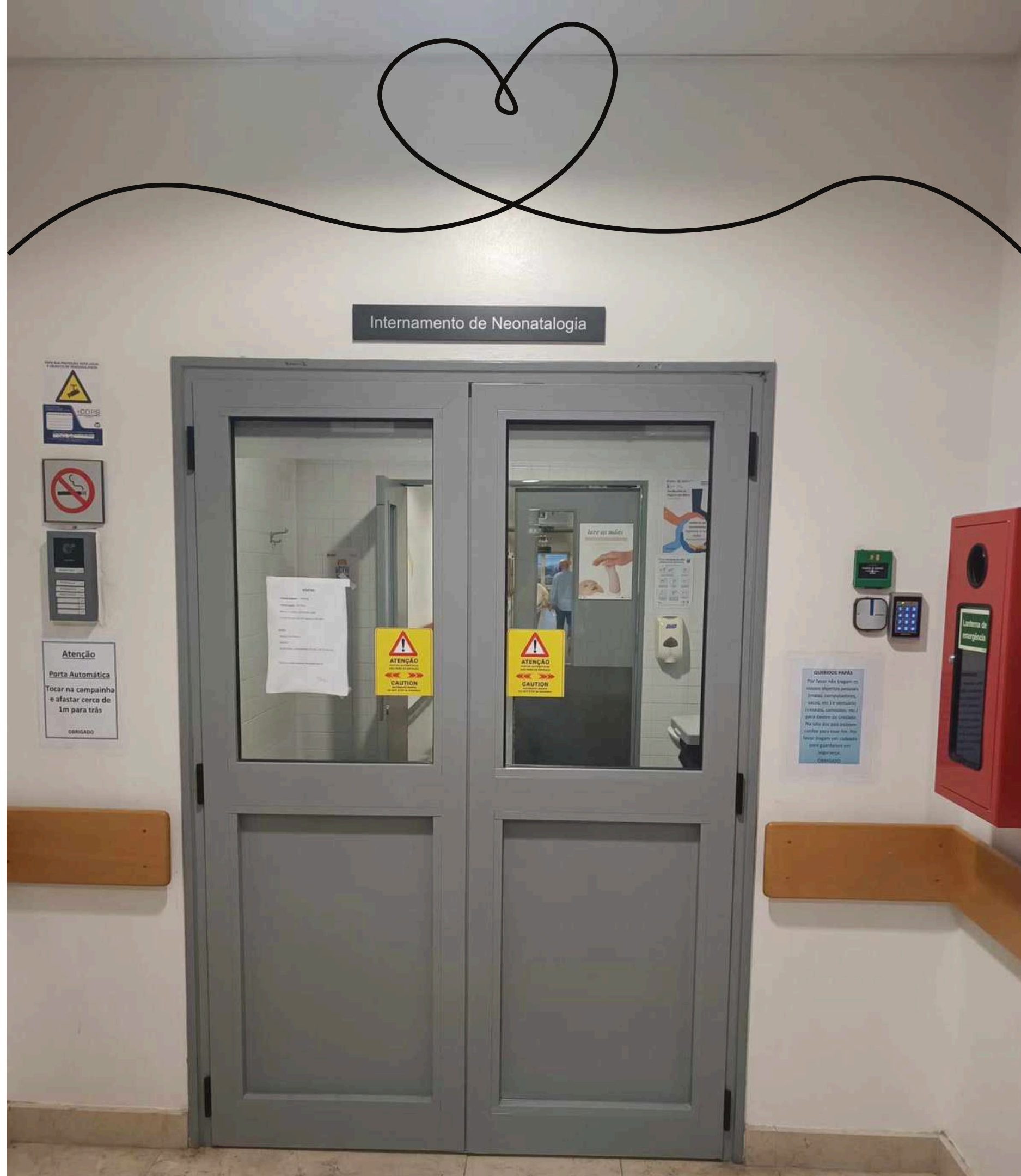
que não me esqueça a minha mãe e a minha



que há estavas? Nunca



Atrás destas
portas
começa um
mundo que
poucos
conhecem...



Mas quem
conhece...
Não esquece!

Lavar e
desinfetar as
mãos são
medidas
essenciais na
proteção dos
pequenos
guerreiros!



EQUIPA DA NEONATOLOGIA...



Estes somos
nós, que
passaremos dias
e noites
convosco...
Vamos festejar
conquistas e
apoiar-vos nos
dias difíceis!



Espaço onde as mamães
podem extrair leite para
os seus pequeninos...



Cuidados Intensivos Neonatais





Cuidados Intermédios Neonatais



Um Member da Segurança
SOU SUPER-HERÓI
DA MINHA
SEGURANÇA
E TU?







16

Vamos passar por vários momentos juntos e
fazer de tudo para que a vossa caminhada seja
mais leve e feliz!





VAMOS FESTEJAR CON VOSCO DIFERENTES

DIAS...



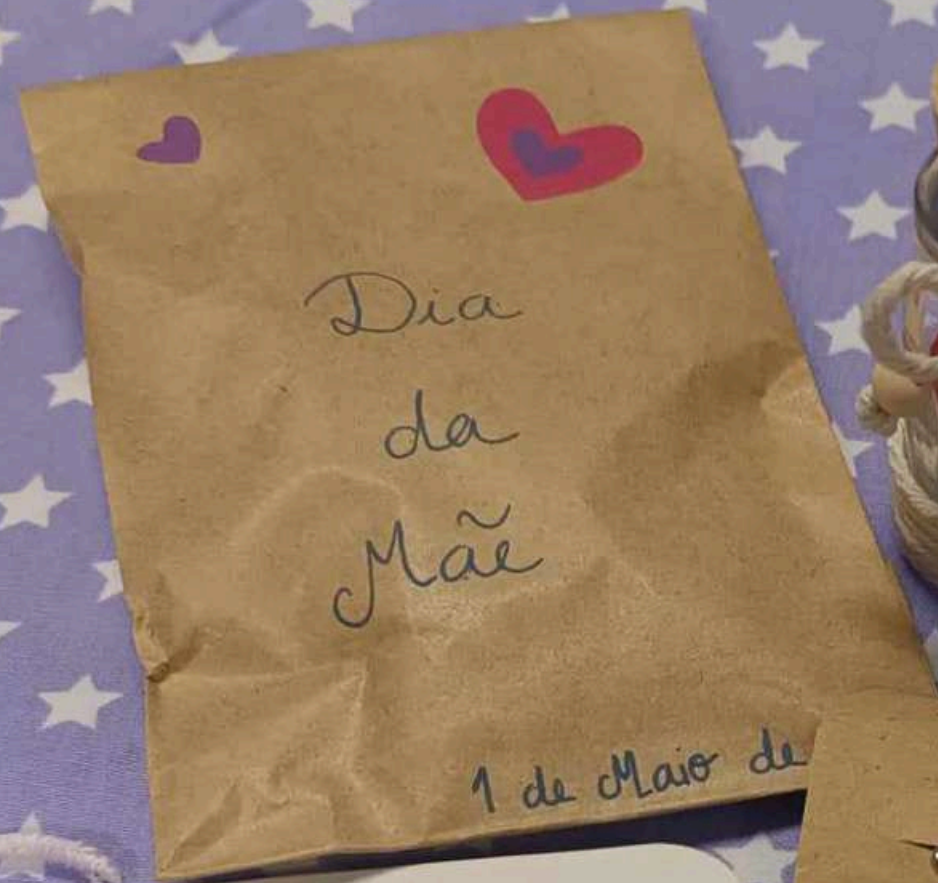
**DIA
DO
PAI**





PÁSCOA





**DIA
DA
MÃE**

DIA DO MÉTODO CANGURU



15 de Maio





DIA DA CRIANÇA



DIA MUNDIAL DA PREMATURIDADE



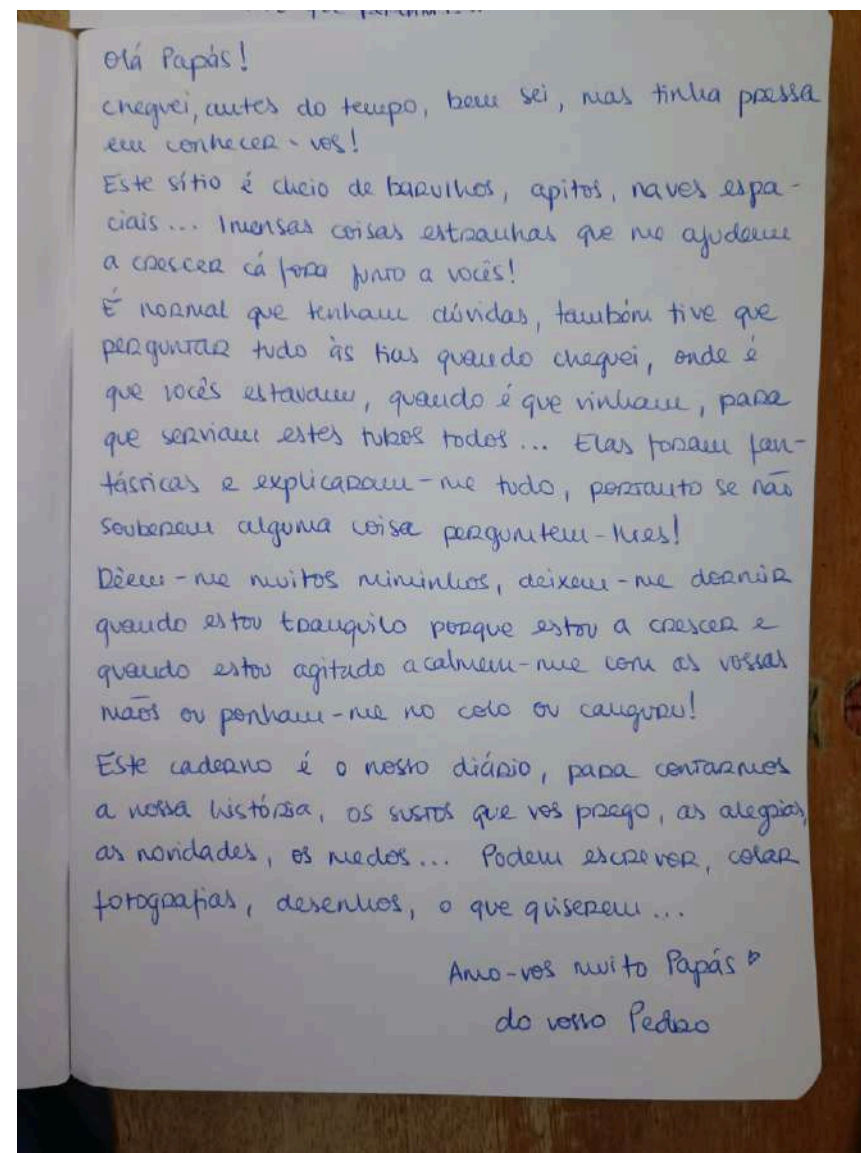
SÃO MARTINHO



NATAL



DIÁRIO DO RECÉM-NASCIDO



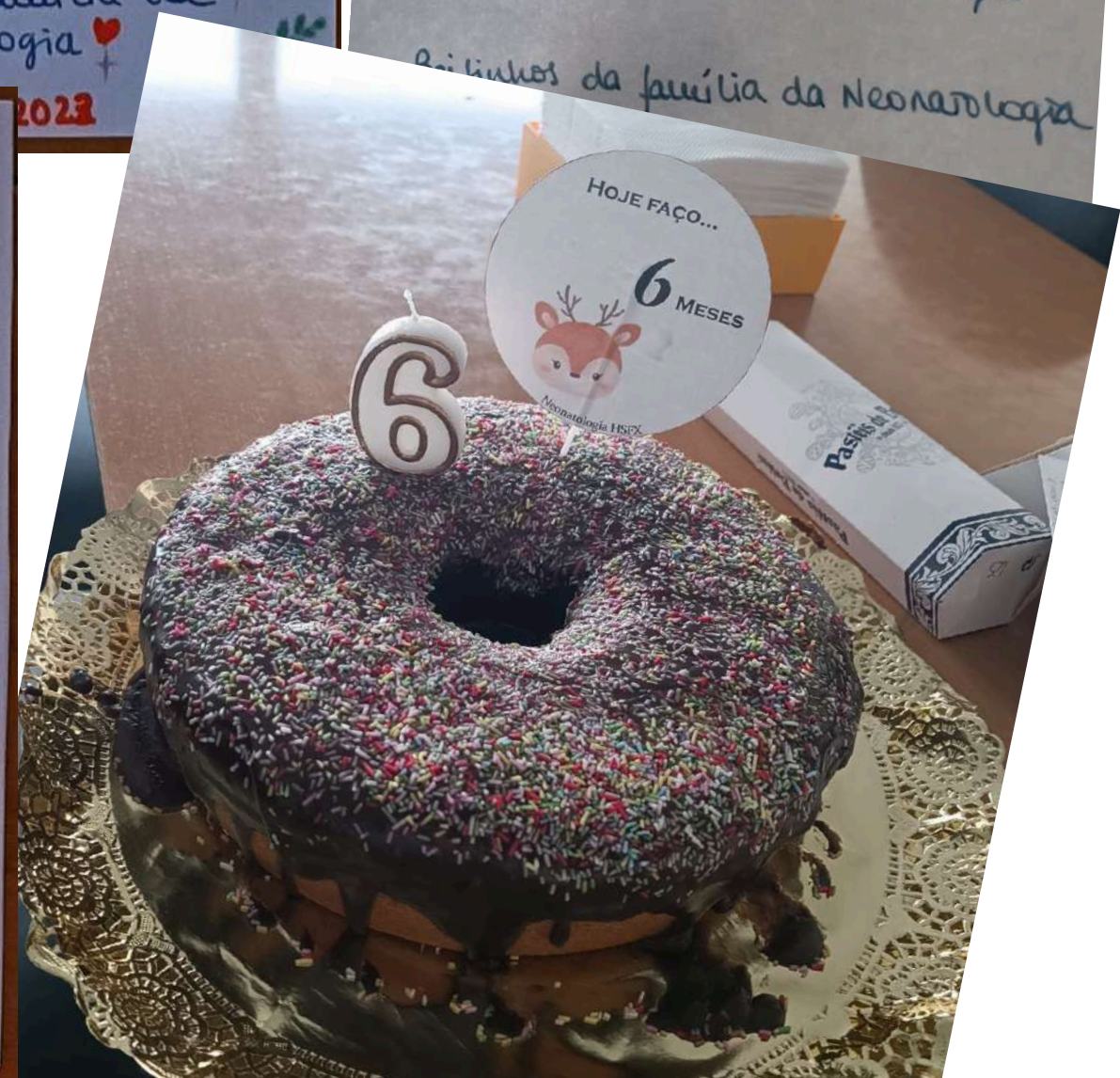
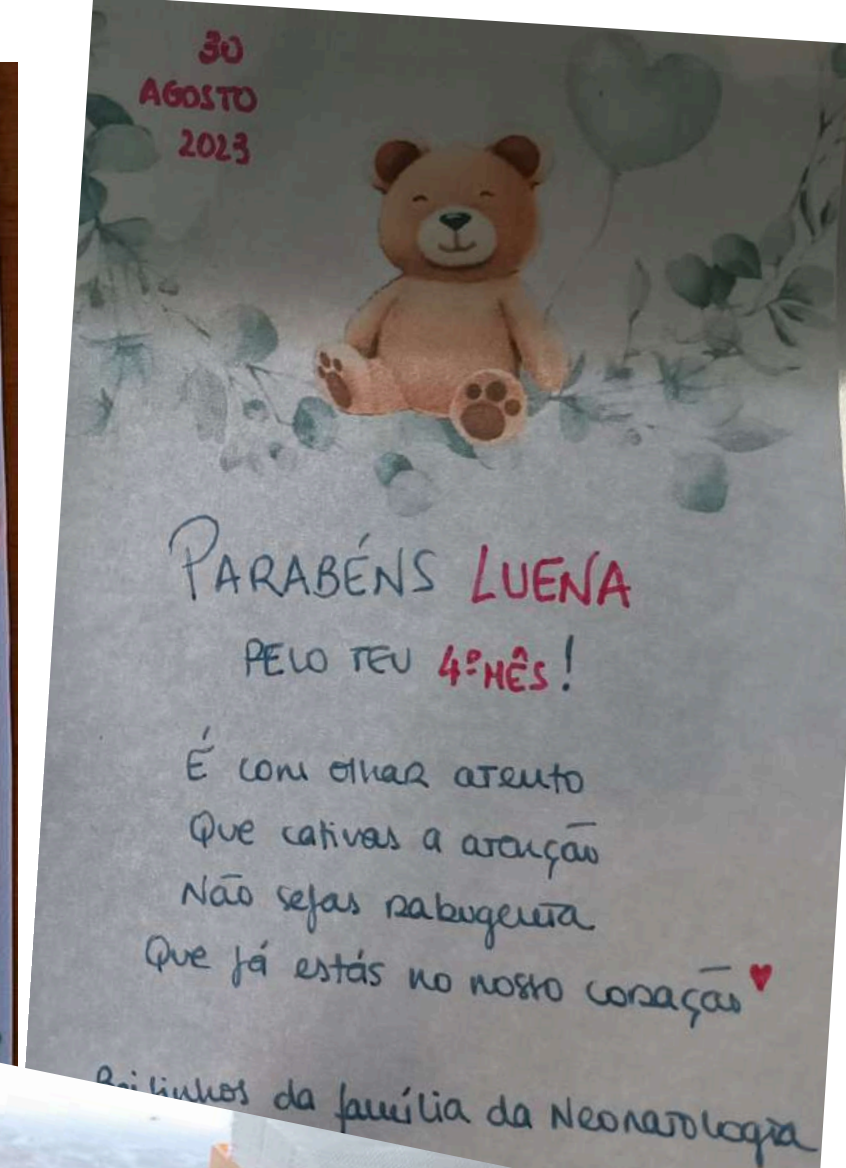
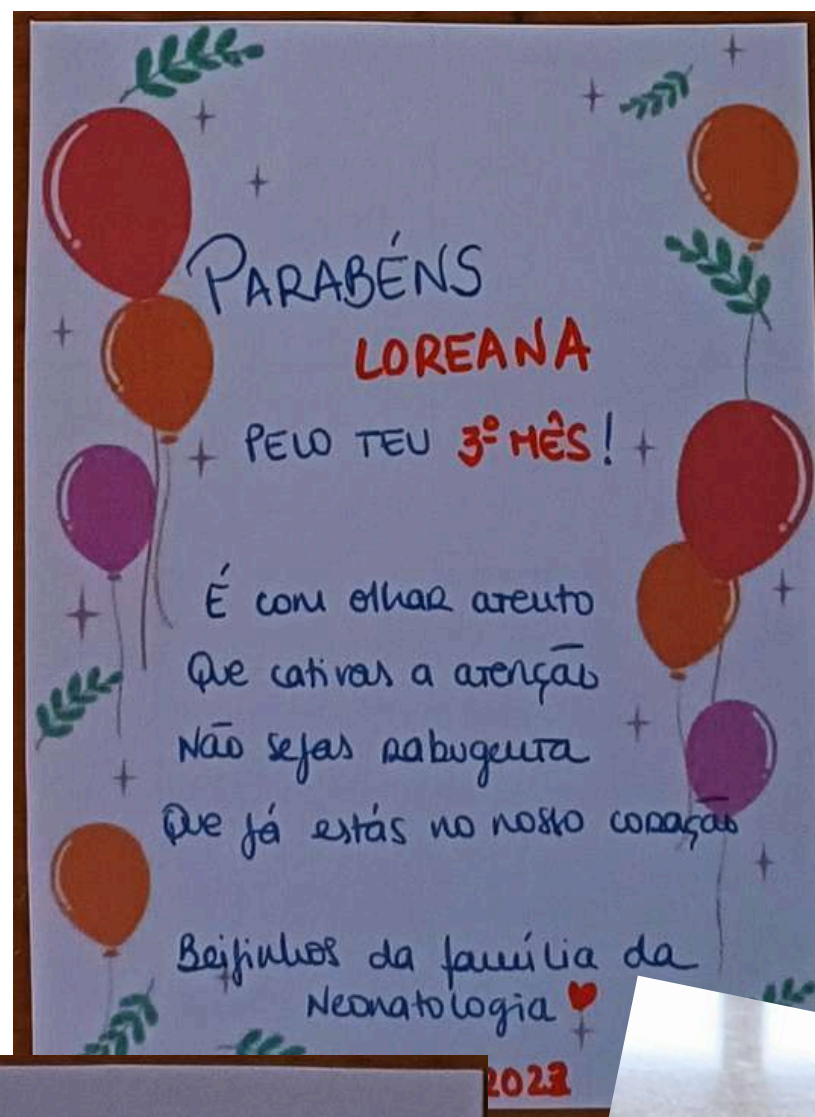
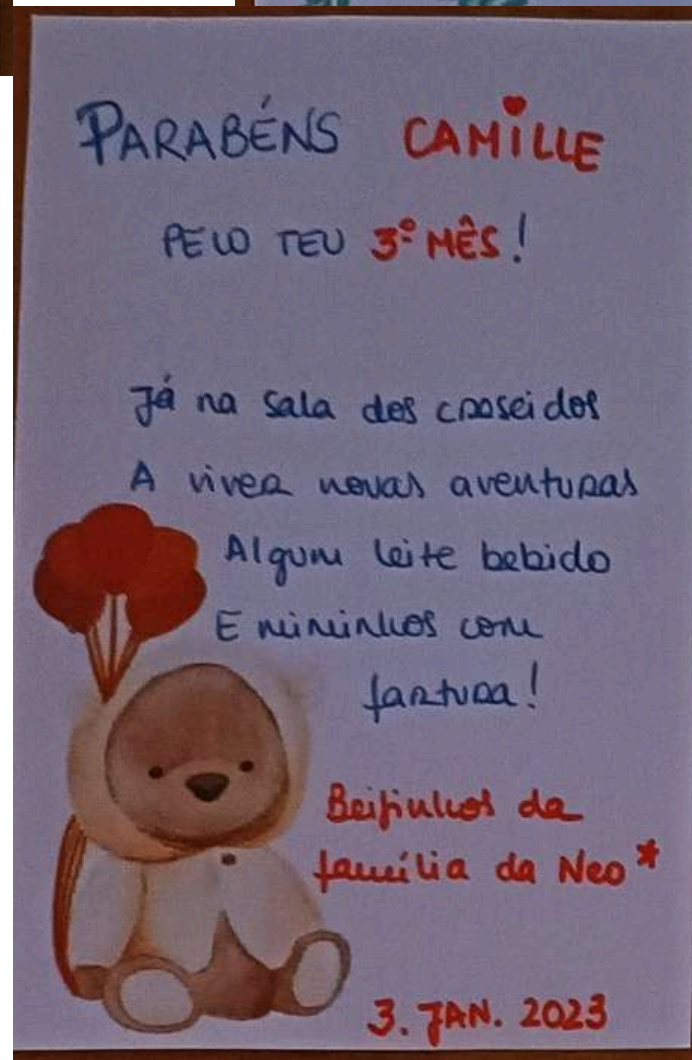
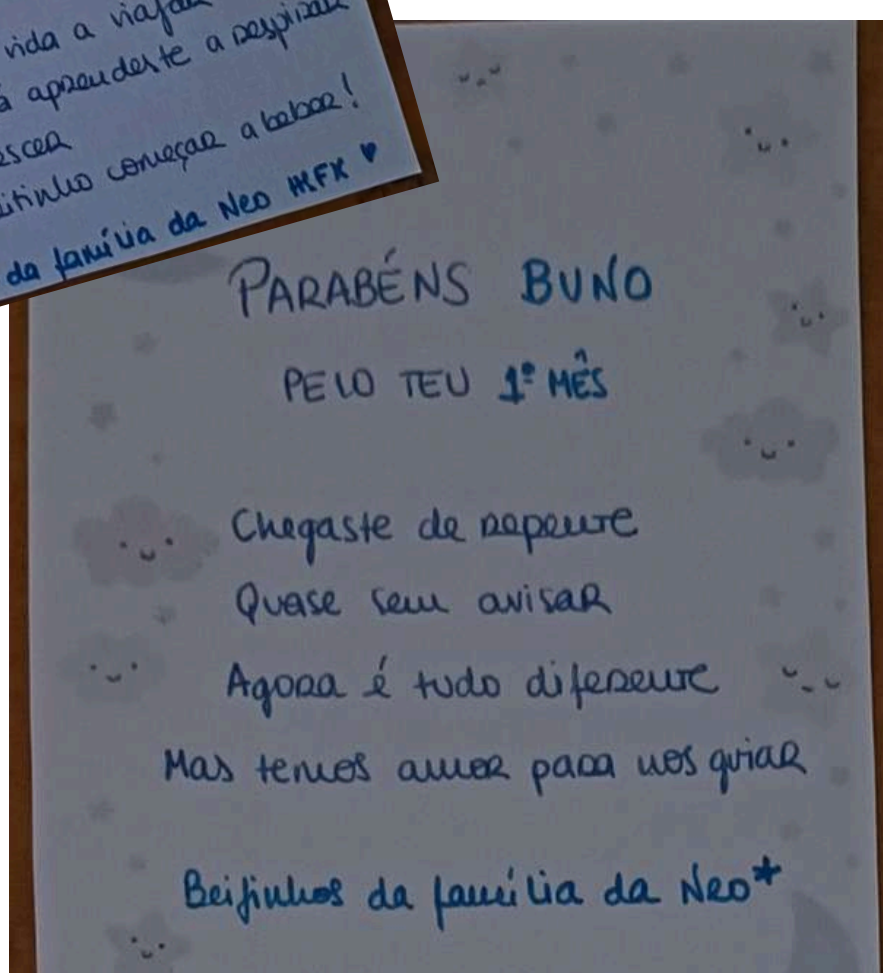
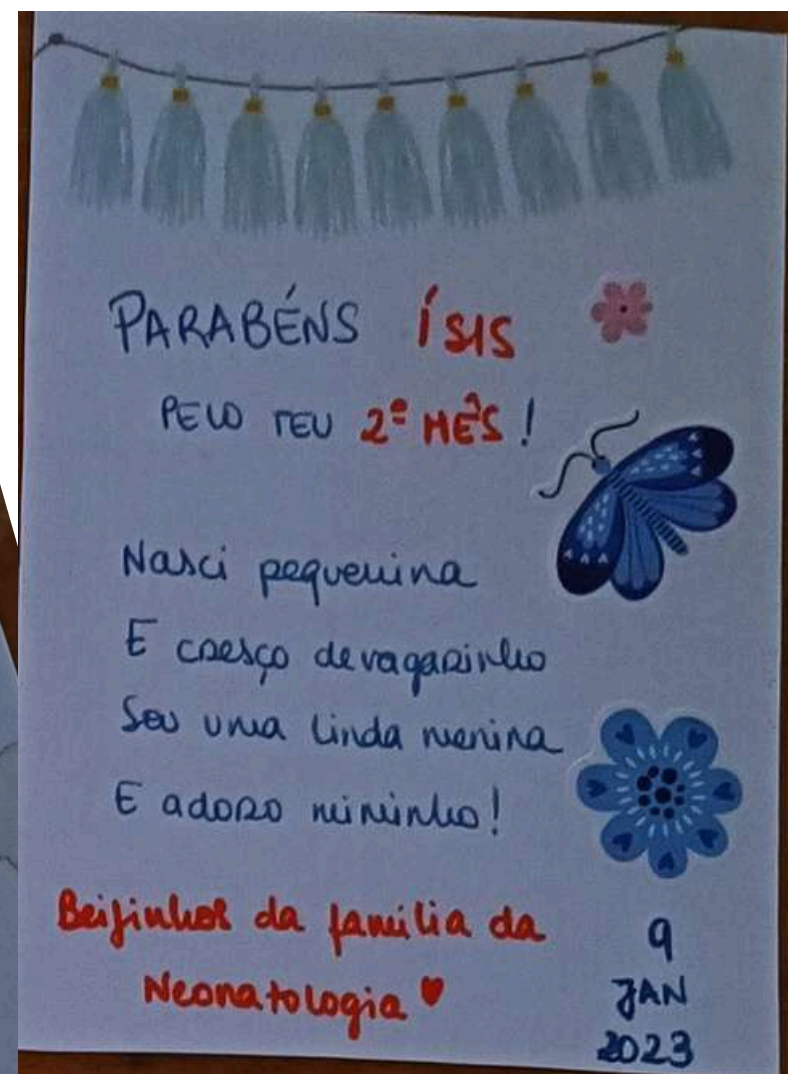
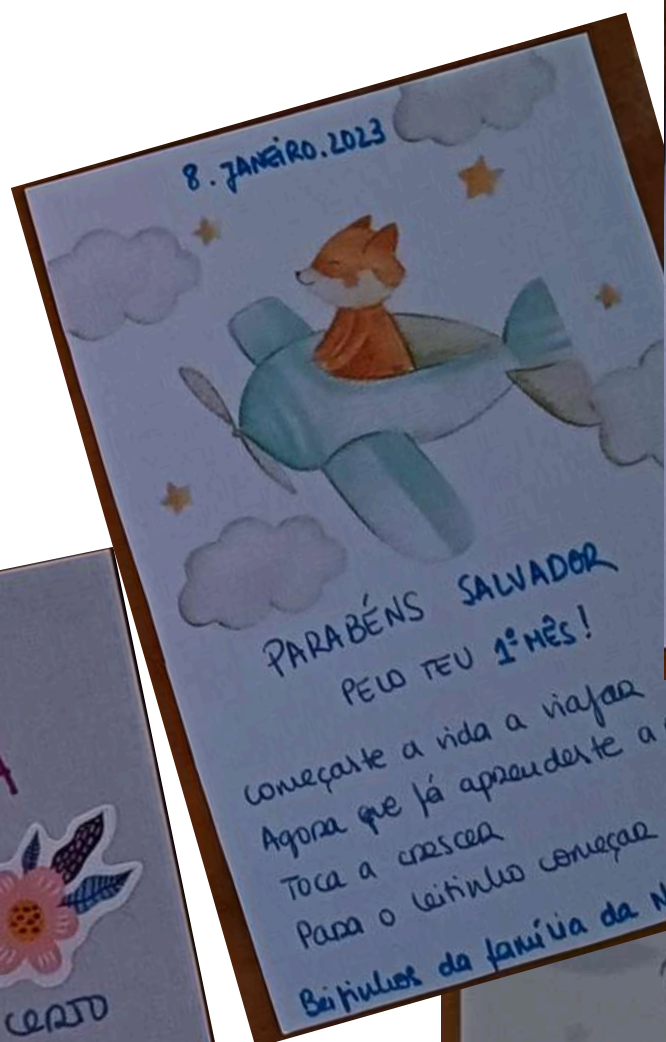
Ajudamo-vos a registar a vossa história
para mais tarde recordarem...

CELEBRAÇÃO MESES

PARABÉNS BELLA
PELO TEU 2º MÊS

Um início atribulado, é certo
Mas o amor é o caninlo
Que vos sempre por perto
A dar muito nininho!

Beijinhos da família da Neo

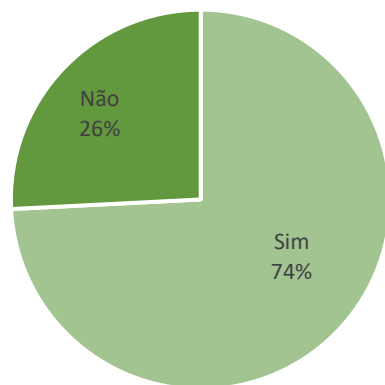




Cada criança
É uma flor por desabrochar
E nós...
Estamos cá para a regar
Com infinita esperança
Muito amor
Vários maminhos
Colinho protetor
Músicas de embalar...

Apêndice XIV. Diagnóstico de Situação acerca do Processo de Preparação do Regresso a casa dos RN e famílias internados na UCIN

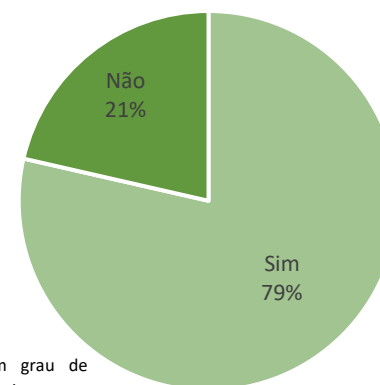
Considera que existe um documento orientador para a preparação da alta do RN e família internados na UCIN (**Enfermeiros**)?



Outro:

- Ao longo do internamento (6,5%)
- Na admissão RN nível II e na fase de aquisição de autonomia alimentar em RN nível III (3,2%)
- Depende da situação do RN (3,2%)

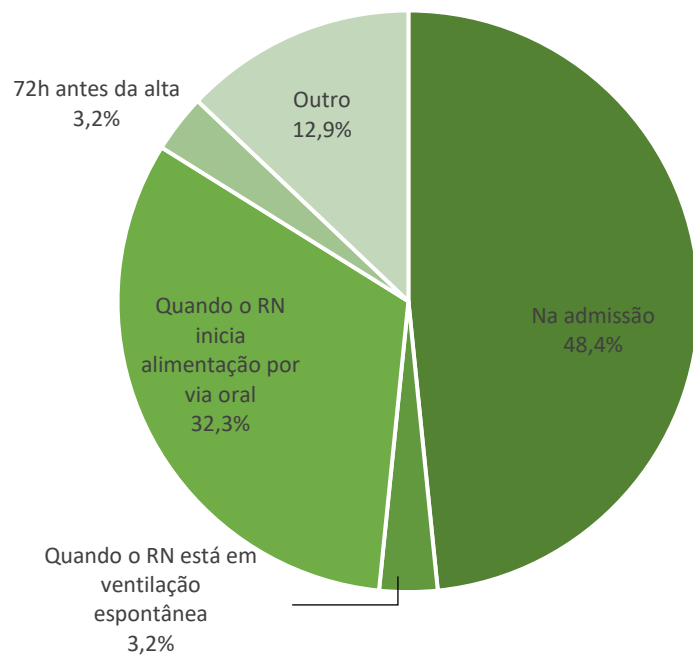
Considera que existe um documento orientador para a preparação da alta do RN e família internados na UCIN (**Médicos**)?



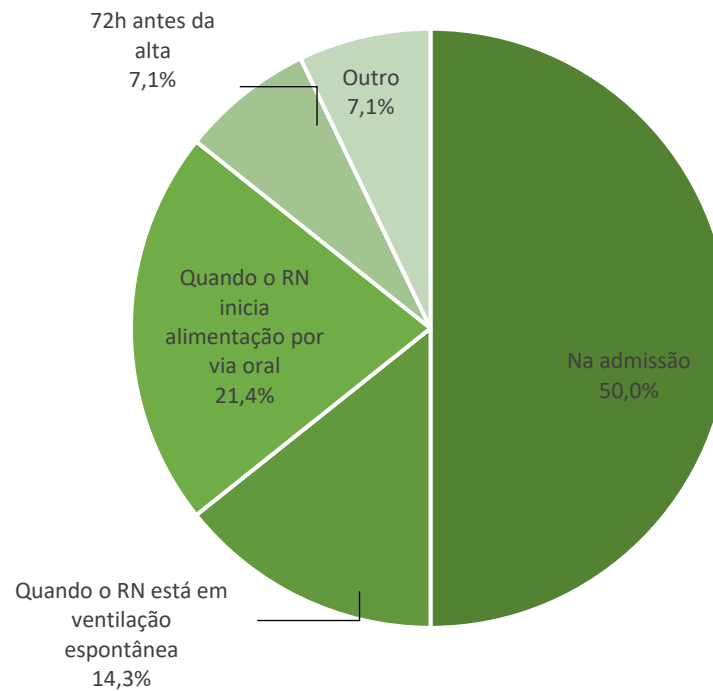
Outro:

- Quando RN atinge um grau de estabilidade clínica que permita pensar na alta a médio prazo

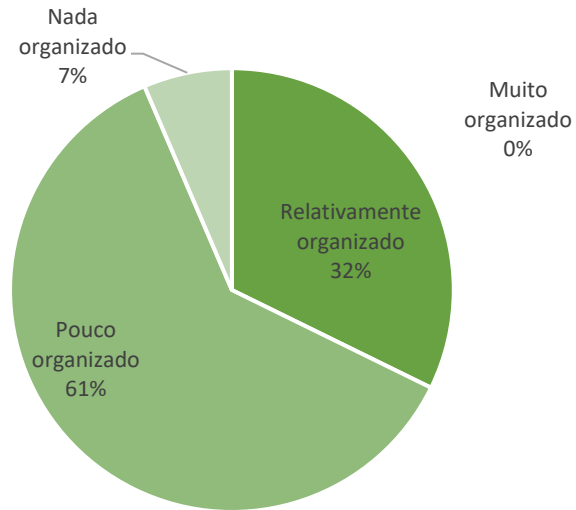
Quando considera adequado iniciar a preparação para a alta (**Enfermeiros**)?



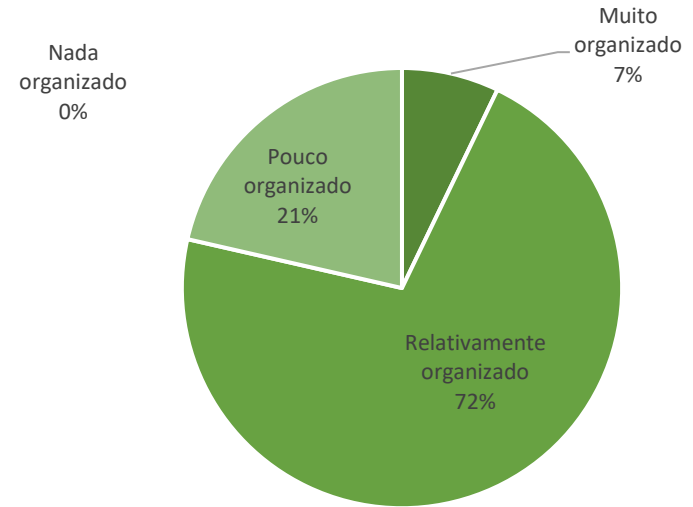
Quando considera adequado iniciar a preparação para a alta (**Médicos**)?



Como avalia o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN, em questão de organização (**Enfermeiros**)?

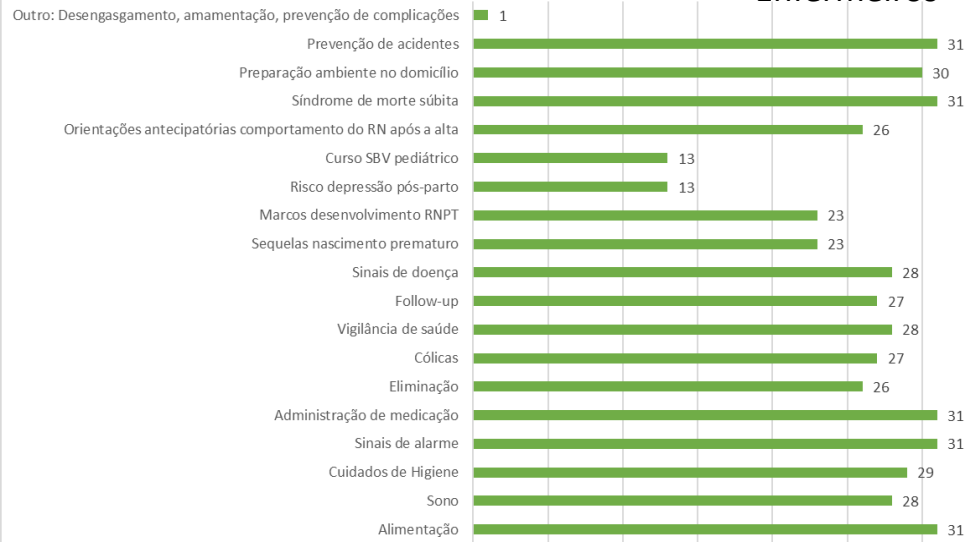


Como avalia o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN, em questão de organização (**Médicos**)?



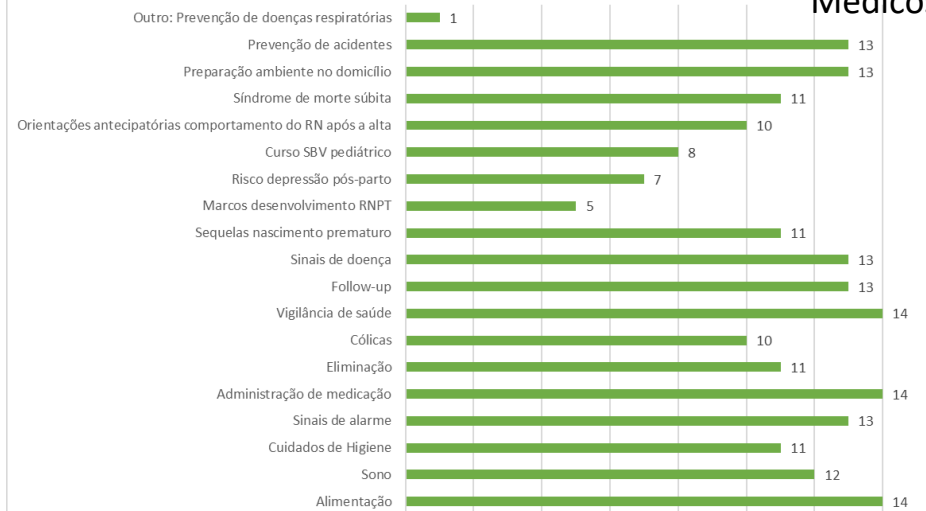
Que conteúdos considera pertinente abordar na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

Enfermeiros



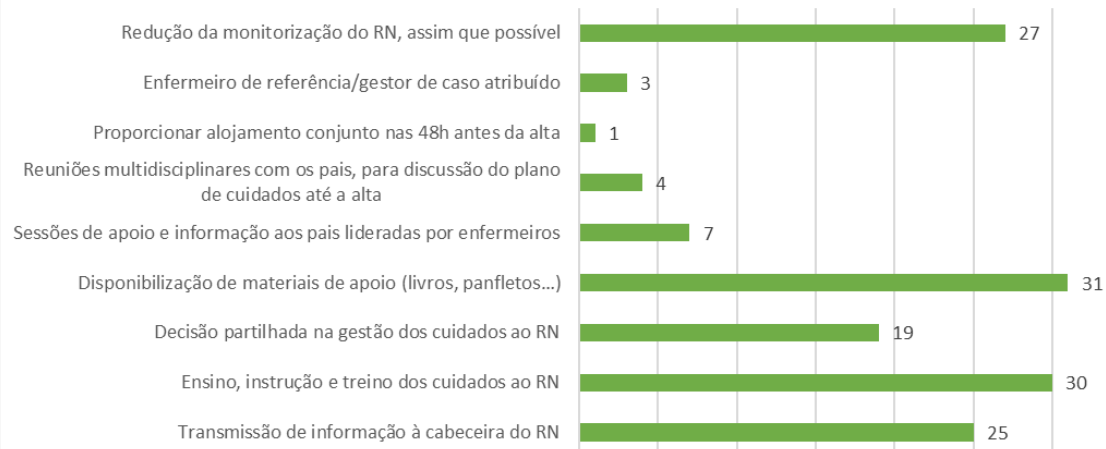
Que conteúdos considera pertinente abordar na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

Médicos



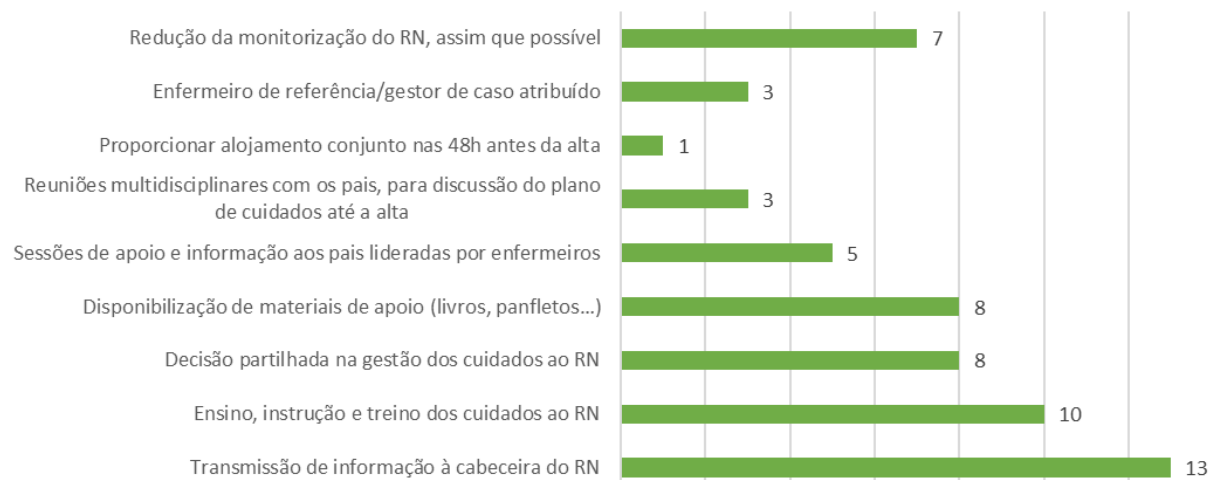
Que metodologias utiliza na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

Enfermeiros

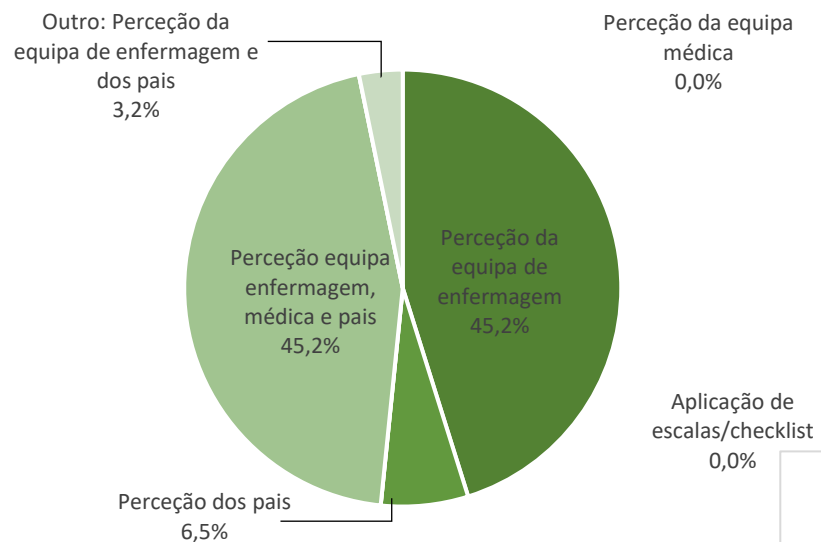


Que metodologias utiliza na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

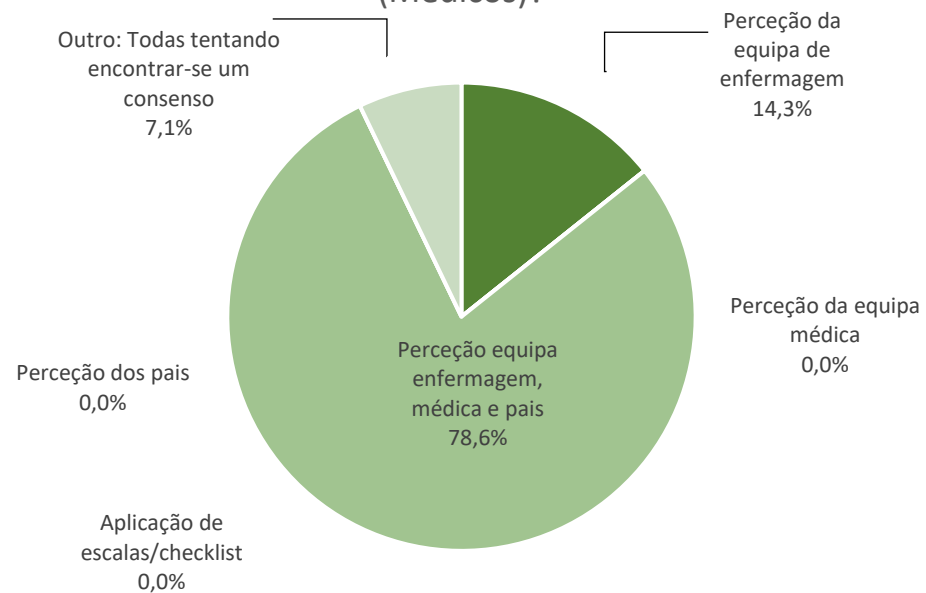
Médicos



Como é avaliada a prontidão dos pais para a alta (Enfermeiros)?



Como é avaliada a prontidão dos pais para a alta (Médicos)?



Apresente, pelo menos, uma sugestão para melhorar o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN (31 respostas – ENFERMEIROS):

- Valorizar a perceção dos pais sobre a prontidão para a alta, p.e. através de questionário que explicita as dúvidas e inseguranças, para poder redirecionar o processo de aprendizagem (2);
- Implementação de sessões de formação para os pais com ensinamentos, treinamentos e partilha de informações/dúvidas entre os mesmos, cujos RN estão em processo de preparação para a alta (4);
- Aplicação de *checklist* para registar os ensinamentos já efetuados (12) e orientar os timings, com consulta multidisciplinar, de auto e heteroavaliação (1);
- Planeamento da alta entre equipa e pais;
- Alojamento conjunto 24h/48h antes da alta (4)
- Norma orientadora de preparação para a alta (3);
- Preparação da alta mais precocemente (5)
- Tempo de cuidados alocado à realização e validação de ensinamentos com os pais (2)
- Melhoria dos registos de enfermagem relacionados com a preparação da alta, que estes sejam facilmente acessíveis, para maximizar a continuidade de cuidados
- Articulação entre equipa médica e de enfermagem (2)
- Reuniões multidisciplinares com os pais (2)

Apresente, pelo menos, uma sugestão para melhorar o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN (14 respostas - MÉDICOS):

- Existência da figura do gestor de caso da equipa médica e da equipa de enfermagem que possam realizar o planeamento da alta adequado à criança e família (2)
- *Checklist* de validação de ensinios no processo clínico (3)
- Avaliação da perceção dos pais da sua prontidão para a alta
- Reunião conjunta de equipa enfermagem e equipa médica (3)
- Hospitalização domiciliária
- Pais elaborarem lista de dúvidas semanal
- Vídeos padronizados com cuidados, sinais de alerta, etc (já existem alguns feitos)
- Telefonema de follow-up
- Iniciar a preparação da alta mais precocemente
- Distribuição de mini manual para rever mais tarde no domicílio, com calma
- Criação de uma *checklist* pré alta que inclua todos os pontos a abordar na elaboração da própria nota de alta (resumo do internamento, orientação para continuação dos cuidados, consultas, medicação, bem como temas a abordar diretamente com os pais, no que respeita a condições para cuidados no domicílio e prevenção, continuação do apoio psicológico para os pais, etc)
- Reunião da equipa com os pais.

Apêndice XV. Intervenções Facilitadoras da Transição do Recém-Nascido e Família da Neonatologia para Casa: Protocolo de uma Revisão Scoping

Intervenções Facilitadoras da Transição do Recém-Nascido e Família da Neonatologia para Casa: Protocolo de uma Revisão *Scoping*

Interventions that Facilitate the Transition of Newborns and Families from Neonatology to Home: Scoping Review Protocol

Autores

Ana Montoito^{1,2} Ana Rita Pereira^{1,2,3} Sónia Colaço³

1. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier
2. CIDNUR - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
3. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

E-mail para contacto: ana.mmontoito@gmail.com.

Resumo

Objetivo: O objetivo desta Revisão *Scoping* é identificar e mapear na literatura científica as intervenções facilitadoras da transição para casa do Recém-Nascido hospitalizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e sua família.

Introdução: A sobrevivência de Recém-Nascidos extremamente prematuros e/ou gravemente doentes implica a hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Esta, incontornavelmente, influencia negativamente a transição para a parentalidade, acarretando também desafios na transição do hospital para casa. Neste sentido, apoiar os pais na vivência destas transições constitui uma atividade chave, com reflexo positivo nos resultados de saúde da criança e família e na redução dos reinternamentos e recurso a serviços de urgência.

Critérios de inclusão: A amostra será constituída por todos os estudos e documentos, produzidos desde 01 de janeiro de 2014, em português, castelhano, francês e inglês, que reportem intervenções e programas relacionados com a avaliação e promoção da prontidão dos pais para a transição para casa após hospitalização do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, não havendo outros critérios de exclusão, que não relacionados com o não cumprimento dos critérios de inclusão.

Metodologia: Este protocolo segue as orientações do *The Joanna Briggs Institute*

(Aromataris et al., 2024), sendo que a Revisão *Scoping* deverá incluir todos os estudos e documentos produzidos que abordem a avaliação e promoção da prontidão dos pais para a transição para casa após hospitalização do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Deverão ser incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que estejam publicados, assim como literatura cinzenta, em português, castelhano, francês e inglês. Serão considerados documentos produzidos nos últimos 10 anos, por forma a garantir a atualidade dos documentos, e relevantes para a temática. A pesquisa será realizada nas bases de dados: MEDLINE, CINAHL, MedicLatina, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Central Register of Controlled Trials, JBI Databases e Pubmed, através da plataforma Ebsco, e nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Os documentos serão examinados por dois revisores independentes e os conflitos serão resolvidos através de um terceiro revisor. Os dados serão organizados, segundo o modelo *PRISMA ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extended for Scoping Reviews)*, numa tabela de extração de dados e mapeados de forma descritiva e lógica, tendo por base a questão de revisão definida. Os resultados serão explanados através de uma síntese narrativa sistemática.

Introdução

Os avanços da medicina e da tecnologia em saúde têm contribuído para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre os Recém-Nascidos (RN) extremamente prematuros ou gravemente doentes (Hesselgrave & Santucci, 2024; World Health Organization [WHO], 2022, 2023), necessitando estes de cuidados de saúde especializados conferidos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Sendo que, a UCIN é um contexto de cuidados usualmente percebido, pelos pais, como assustador, estranho e altamente tecnológico (Altimier & Phillips, 2016), podendo influenciar negativamente a transição para a parentalidade, na medida em que os pais não sabem como agir e sentem-se inseguros na assunção do seu papel (Aloysius et al., 2018; Hua et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Desta forma, a admissão e permanência na UCIN constituem experiências ansiogénicas para os pais, agravadas pelas características físicas do ambiente e do RN, e pela separação do mesmo, podendo ter um impacto significativo na forma como os pais se relacionam com o RN, com implicações negativas no desenvolvimento da criança e das competências parentais (Hua et al., 2023; Querido et al., 2022; Shin & White-Traut, 2010).

A transição da UCIN para casa pode ser complexada, estando maioritariamente dependente da estabilidade fisiológica do RN, a prontidão dos pais para a alta, a existência de recursos e suporte em casa e de serviços comunitários, capazes de responder às necessidades específicas do RN e família (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2018, 2022; Gupta et al., 2019; Hua et al., 2023; Smith, 2021; Smith et al., 2022). A prontidão dos pais relaciona-se com as competências técnicas, conhecimentos, conforto emocional, segurança e confiança demonstrados no cuidado ao bebé (Gupta et al., 2019; Smith, 2021;

Smith et al., 2022), podendo este ser um processo muito desafiante e complexo para todos os envolvidos. Adama et al. (2016), numa revisão sistemática da literatura sobre as experiências dos pais ao cuidar de bebês prematuros após a alta da UCIN, destacaram que continua patente a ansiedade e o medo, experienciados pelos pais, em deixar a rede de segurança da UCIN, até 6 a 18 meses após a alta.

A estruturação de programas de preparação da alta, com base em diretrizes e políticas institucionais, pode ajudar a padronizar este cuidado, diminuindo a variabilidade e as omissões frequentemente existentes (Smith, 2021; Weiss et al., 2017). Importa, no entanto, que a família seja trazida para o centro do processo de planeamento e preparação do regresso a casa, havendo a necessária flexibilidade e adequação ao projeto, à dinâmica e às necessidades da família em causa (Hua et al., 2021, 2023; Smith, 2021).

A preparação adequada da transição para casa envolve um esforço multidisciplinar, que excede a componente educativa, nomeadamente, ensino, instrução e treino dos cuidados ao RN. Na medida em que, este conteúdo pode não dar integral resposta às necessidades dos pais, não os capacitando para gerir, em casa, as necessidades mais ou menos complexas daquele RN. A intervenção educativa para a alta, dirigida aos pais, deve envolver além do fornecimento de informações, o desenvolvimento de competências para cuidar, a promoção da tomada de decisão informada e a construção de confiança na gestão das necessidades de cuidado em casa, após a alta (Franck et al., 2023; Galeano & Maya, 2023; Hua et al., 2023; Weiss et al., 2017).

Apesar dos reconhecidos benefícios da preparação da transição do hospital para casa, após internamento numa UCIN, esta continua a ser um cuidado inconsistente e frequentemente omissivo, razão que motivou a presente revisão.

Após a realização de uma pesquisa preliminar na MEDLINE, na Base de Dados de Revisões Sistemáticas da Cochrane, no PROSPERO, na *JBI Evidence Synthesis* e na *Open Science Framework*, não foram encontradas Revisões Sistemáticas ou Revisões *Scoping* sobre esta temática. Desta forma, o objetivo desta Revisão *Scoping* é identificar e mapear na literatura científica as intervenções facilitadoras da transição para casa, do RN hospitalizado na UCIN e sua família.

Questão de investigação

O objetivo desta Revisão *Scoping* é identificar e mapear na literatura científica as intervenções facilitadoras da transição para casa do RN hospitalizado na UCIN e sua família.

A questão de investigação definida foi:

1. Quais as intervenções mobilizadas na avaliação e promoção da prontidão dos pais para a transição da UCIN para casa?

- a. Que conteúdos devem ser abordados?
- b. Que metodologias de ensino são mobilizadas?
- c. Que programas existem?
- d. Que materiais de apoio são utilizados?
- e. Como é avaliada a prontidão dos pais para a alta?
 - i. Que escalas/instrumentos são aplicados?

Palavras-chave

Recém-nascido; Pais; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; Transição do Hospital para Casa; Parentalidade; Planeamento da Alta.

Critérios de Inclusão

Participantes

Esta Revisão *Scoping* irá incluir todos os estudos cujos participantes sejam RN e/ou pais, que tenham experienciado o processo de transição da UCIN para casa, independentemente da idade gestacional ou condição clínica do RN.

Conceito

O fenómeno de interesse para esta Revisão *Scoping* refere-se à facilitação da transição para casa do RN hospitalizado na UCIN e sua família, procurando identificar as intervenções documentadas que avaliem e promovam a prontidão dos pais para alta, nomeadamente as competências técnicas, os conhecimentos, o conforto emocional, a segurança e a confiança. Estão incluídos todos os estudos que descrevem estas mesmas intervenções.

Contexto

O contexto dos estudos será a UCIN, independentemente das suas características ou localização.

Tipos de Fontes de Evidência

Nesta Revisão *Scoping* serão incluídos todos os estudos e documentos produzidos desde 01 de janeiro de 2014, sendo incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que estejam publicados, assim como literatura cinzenta, em português, castelhano, francês e inglês, desde que relevantes para a temática.

Metodologia

Este protocolo segue as orientações do *The Joanna Briggs Institute* (Aromataris et al., 2024) e está organizado segundo os cinco estádios definidos por Arksey & O'Malley (Arksey &

O'Malley, 2005) para a realização de Revisões *Scoping*. Para apoio à estruturação da informação recolhida foi utilizado o modelo *PRISMA ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extended for Scoping Reviews)*

Registo

Este protocolo de Revisão *Scoping* foi registado no *Open Science Framework* (número de registo: osf.io/4bnjk), após a realização de uma pesquisa preliminar para confirmar a inexistência de uma Revisão *Scoping* idêntica, realizada no Prospero, JBI EBP, na Cochrane Library e na *Open Science Framework*.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa definida será delineada em três etapas.

Na primeira etapa será realizada uma pesquisa inicial na *MEDLINE* (Apêndice I), tendo sido determinados os termos de indexação para a criação da frase booleana. Os descritores MeSH (Medical Subject Headings) utilizados na pesquisa são: Infant; Parents Parenting; Education, Nonprofessional; Empowerment; Patient Discharge; associados aos termos em linguagem natural: Readiness; Newborn Care; NICU; Neonatal Intensive Care Unit.

Posteriormente será elaborada uma pesquisa nas bases de dados com os termos identificados, sendo utilizadas as bases de dados MEDLINE, CINAHL, MedicLatina, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Central Register of Controlled Trials, JBI Databases e Pubmed, através da plataforma Ebsco. A combinação de descritores deverá ser realizada com recurso à combinação dos descritores através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, sendo considerados documentos produzidos nos últimos 10 anos, por forma a garantir a atualidade dos documentos. Será também incluída literatura cinzenta. Deverão ser incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que estejam publicados, e fontes relevantes para a literatura cinzenta, não havendo qualquer limitação de desenho.

Na terceira etapa proceder-se-á à análise da lista de artigos selecionados e à leitura dos artigos considerados relevantes, com o objetivo de aumentar a sensibilidade da pesquisa.

Seleção de fontes de evidência

Os documentos serão examinados por dois revisores, de forma independente, e os dados, depois de organizados na tabela de extração, serão mapeados de forma descritiva e lógica, levando em consideração a questão de revisão definida. Um terceiro revisor será tido em conta em caso de necessidade de desempate.

Serão removidos os estudos duplicados e excluídos os que não preenchem os critérios de elegibilidade definidos.

Será realizada uma análise inicial aos títulos e resumos e, após a primeira seleção, a leitura integral dos artigos.

Será utilizado o *software* de suporte *Covidence*, como facilitador do processo de seleção de estudos.

No final será realizada uma Revisão *Scoping* e o resultado da pesquisa estará plasmado na mesma, sendo sintetizado através da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses ScR (PRISMA - ScR)*.

Extração de dados

A extração dos dados será realizada com recurso ao instrumento *JBI Template Source of Evidence Details, Characteristics and Results Extraction Instrument*, adaptado a este protocolo (Apêndice II). Sendo que, este poderá ser refinado, por parte dos revisores, durante o processo de análise dados, estando as modificações detalhadas na Revisão *Scoping*. Poderá ser realizado um teste piloto se o número de documentos selecionados for significativo, de forma a validar se o quadro é adequado, devendo o mesmo ser realizado pelos 2 revisores (Arksey & O'Malley, 2005).

Os revisores tentarão obter informação junto dos autores originais, quando necessários esclarecimentos adicionais.

A informação obtida após a extração de dados deverá responder à questão de investigação.

Análise e Apresentação dos Resultados

Os dados obtidos através da estratégia de pesquisa serão apresentados num gráfico PRISMA. Os resultados serão explanados através de uma síntese narrativa sistemática resultante da informação colhida na tabela, devendo ambos os revisores estar de acordo com as conclusões obtidas.

Não será realizada a avaliação da qualidade, visto o objetivo deste protocolo ser a recolha da maior informação possível, respeitando os critérios da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses ScR (PRISMA - ScR)*.

Limitações

Como possível limitação antevê-se a dificuldade de acesso a alguns documentos, que se pretende contornar através do contacto com os autores. Poderá constituir também uma limitação os critérios de elegibilidade dos estudos, nomeadamente o idioma, referidos no Protocolo.

Agradecimentos

Não aplicável.

Financiamento

Não aplicável.

Conflitos de Interesse

Não existem conflitos de interesse por parte de qualquer um dos autores, neste projeto.

Referências Bibliográficas

- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J., & Deierl, A. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBİ manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Infant & family-centered development care*.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2022). *European foundation for the care of newborn: Infants Follow-up & continuing care*.
- Franck, L. S., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Gay, C. L., Sossaman, S., Sossaman, J., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C., & Sun, Y. (2023). Parent Readiness for Their Preterm Infant's Neonatal Intensive Care Unit Discharge. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 37(1), 68–76. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000612>
- Galeano, S. P. O., & Maya, Á. M. S. (2023). Preparing Parents for Discharge from the Neonatal Unit, the Transition, and Care of Their Preterm Children at Home. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 41(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04>
- Gupta, M., Pursley, D. M., & Smith, V. (2019). Preparing for Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 143(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2915>

- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of Complex Chronic Illness, Disability, or End-of-Life Care on the Child and Family. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 574–620). Elsevier.
- Hua, W., Wang, L., Li, C., Simoni, J. M., Yuwen, W., & Jiang, L. (2021). Understanding preparation for preterm infant discharge from parents' and healthcare providers' perspectives: Challenges and opportunities. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1379–1390. <https://doi.org/10.1111/jan.14676>
- Hua, W., Zhou, J., Wang, L., Li, C., Zheng, Q., Yuwen, W., & Jiang, L. (2023). "It turned my life upside down": Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home—A qualitative study. *Australian Critical Care*, 36(5), 679–686. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.007>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado – revisão scoping. *Enfermeria Global*, 66, 609–623. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Shin, H., & White-Traut, R. (2010). The conceptual structure of Transition to Motherhood in the Neonatal Intensive Care Unit. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 104–113). Springer Publishing Company.
- Smith, V. (2021). Discharge planning considerations for the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 106(4), 442–445. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318021>
- Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022). NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology*, 42, 7–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R. (2017). Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant*.
- World Health Organization. (2023). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*.

Apêndice I: Estratégia de Pesquisa

MEDLINE		
	Linguagem Natural	Termos Indexados
<i>População</i>	Infant	Infant Parents
<i>Conceito</i>	Readiness Newborn Care	Parenting Education, Nonprofessional Empowerment Patient Discharge
<i>Contexto</i>	NICU Neonatal Intensive Care Unit	

Frase Booleana:

((TI Infant) OR (AB Infant) OR (MH "Infant+") OR (TI Parents) OR (AB Parents) OR (MH "Parents+")) AND ((TI Readiness) OR (AB Readiness) OR (TI Newborn Care) OR (AB Newborn Care) OR (TI Parenting) OR (AB Parenting) OR (MH "Parenting")) OR (TI Education, Nonprofessional) OR (AB Education, Nonprofessional) OR (MH "Education, Nonprofessional") OR (TI Empowerment) OR (AB Empowerment) OR (MH "Empowerment")) AND ((TI Patient Discharge) OR (AB Patient Discharge) OR (MH "Patient Discharge")) AND ((TI NICU) OR (AB NICU) OR (TI Neonatal Intensive Care Unit) OR (AB Neonatal Intensive Care Unit))

Apêndice XVI. Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem “Vamos para Casa e Agora?”



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

- Vamos para Casa e Agora? -

Ana Isabel Morais Montoito

Professor Orientador:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

Lisboa
fevereiro 2024

O presente projeto intitula-se “Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Vamos para Casa e Agora?”, tendo como principal objetivo a implementação de uma prática que facilite a transição do Recém-Nascido (RN) e família da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), do Hospital [REDACTED], para casa a partir de janeiro de 2025. Para a elaboração do projeto foi utilizado o desenho proposto no Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

Responsável pelo projeto: Ana Montoito (n.º OE 85227) (n.º Mec. [REDACTED])

Contacto: amontoito@[REDACTED].pt

1- IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A população neonatal é, por definição, extremamente vulnerável, especialmente quando nos referimos a RN prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas), com baixo peso ao nascer (inferior a 2500g) (WHO, 2022, 2023), ou doentes, condições que motivam o internamento na UCIN.

Os avanços da medicina e da tecnologia em saúde têm contribuído para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre os RN extremamente prematuros (idade gestacional inferior a 28 semanas), de extremo baixo peso ao nascer (inferior a 1000g) ou gravemente doentes (WHO, 2022, 2023). Ainda assim, a prematuridade, de forma isolada, constitui a principal causa de morbimortalidade na primeira infância, tendo sido responsável por um milhão de mortes neonatais em 2020 e contribuindo para a incapacidade de milhões de crianças (WHO, 2023). Por este motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como prioridade global o cuidado a esta população e suas famílias com o objetivo de reduzir a morbidade (WHO, 2023).

A hospitalização dos RN na UCIN, apesar de necessária à sua sobrevivência, continua a ser um exemplo paradigmático da dualidade decorrente do desenvolvimento técnico-científico, onde intervenções “benevolentes” ao RN carregam em si um potencial devastador nos mesmos, provocando, inadvertidamente, a exposição a fatores importantes de morbidade (Branquinho, 2013), concorrendo para um risco acrescido de danos associados aos cuidados de saúde. Sendo que, a morbidade pode refletir-se a diversos níveis,

nomeadamente fisiológico, de desenvolvimento, psicológico e emocional, manifestando-se ao longo do crescimento, com repercussões até à idade adulta (WHO, 2022, 2023).

A consciência de que o sucesso da sobrevivência se fazia acompanhar de elevados níveis de sofrimento e custos financeiros, conduziu a uma mudança de paradigma nos cuidados neonatais, nomeadamente de cuidados biomédicos para cuidados holísticos, de suporte ao neurodesenvolvimento, neuroprotetores e centrados no RN e na família como um todo (Altimier & Phillips, 2016, 2018), orientando-se para a promoção da melhor qualidade de vida possível, tendo o objetivo de que todos os RN atinjam o seu potencial máximo, para além dos limites da UCIN. Neste sentido de continuidade e reconhecendo a família como constante na vida da criança, os profissionais devem ser capazes de cuidar em parceria com a mesma, com o intuito de facilitar o desenvolvimento de competências parentais que permitam dar resposta às necessidades de todos os membros da família, nomeadamente da criança, contribuindo ativamente para o seu desenvolvimento e crescimento harmoniosos e saudáveis.

A decisão de quando dar alta a um RN após internamento na UCIN pode ser complexa, estando maioritariamente relacionada com a estabilidade fisiológica do mesmo, a prontidão dos pais para a alta, a existência de recursos e suporte em casa e de serviços comunitários, capazes de responder às necessidades específicas do RN e família (European Foundation for the Care of Newborn Infants [EFCNI], 2018, 2022; Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022a, 2022b). Sendo que, a prontidão dos pais relaciona-se com a mestria dos mesmos no que concerne à assunção do papel parental, demonstrada pelas competências técnicas, conhecimentos, conforto emocional, segurança e confiança nos cuidados ao bebé (Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022). O momento da alta do RN da UCIN é sentido pelos pais de forma ambivalente, na medida em que sentem felicidade por finalmente levar o bebé para casa, mas simultaneamente experienciam elevados níveis de ansiedade por perderem o suporte da UCIN, no cuidado ao bebé, relatando medo de não conseguir dar resposta às necessidades do mesmo (Adama et al., 2016, 2022; Aloysius et al., 2018; Hua et al., 2023).

Com base no anteriormente exposto, identifica-se o problema que motiva o estudo e investimento, nomeadamente a hospitalização do RN como fator inibidor da mestria na transição para a parentalidade e no regresso a casa. Neste sentido, o cuidar em enfermagem alicerçado nos referenciais teóricos dos Cuidados Centrados na Família (CCF), parceria de cuidados e Cuidados não Traumáticos, e ancorado à teoria das transições de Afaf Meleis, permite dar resposta às necessidades integrais das famílias, contribuindo para a mestria nas

transições envolvidas. Sendo que, a preparação do regresso a casa pode ser entendida como o processo facilitador da mestria parental, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados, com o intuito de maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança.

O fenómeno em estudo – Transição no regresso a casa do RN hospitalizado na UCIN e sua família – integra-se no enquadramento conceptual e nos enunciados descritivos da enfermagem (OE, 2001). Sendo que a resposta ao problema identificado permite:

1. aumentar a **satisfação do cliente** (RN-família), através da consecução de CCF, onde está patente uma relação de parceria com os pais no planeamento dos cuidados ao RN e do processo de preparação da alta do mesmo, revelando o empenho do enfermeiro em minimizar o impacto negativo associado à necessidade de internamento na UCIN;
2. **promover a saúde** do RN, com enfoque na disponibilização de informação e criação de oportunidades de aprendizagem para os pais ao longo do internamento, por forma a que estes desenvolvam competências parentais que lhes permitam identificar e responder às necessidades do RN;
3. **prevenir complicações**, durante o internamento, garantindo cuidados de enfermagem de excelência, neuro protetores, promotores do desenvolvimento, não traumáticos e centrados na família, capacitando os pais a conhecerem o seu filho, identificarem sinais de alarme e agirem atempadamente perante os mesmos;
4. promover o **bem-estar e autocuidado** na UCIN. O enfermeiro responsabiliza-se pelo cuidado ao RN até que os pais se sintam seguros e confortáveis para assumi-lo, sendo que o trabalho de parceria desenvolvido deve culminar na autoconfiança e autoeficácia dos pais em assumir a totalidade dos cuidados que o RN necessita, garantindo a continuidade dos mesmos após a alta;
5. promover a **readaptação funcional**, o enfermeiro é responsável, conjuntamente com os pais, por desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e necessidades individuais do RN durante o internamento e após a alta;
6. melhorar a **organização dos cuidados de enfermagem**, na procura constante pela excelência do exercício profissional, com reflexo na satisfação do cliente e do enfermeiro, bem como na melhoria dos resultados em saúde.

O foco do Resumo Mínimo de Dados e CIPE em destaque no problema identificado é a Parentalidade, definindo-se “por assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai”,

envolvendo “comportamentos destinados a facilitarem a incorporação dum RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental, adequados ou inadequados” (ICN, 2019). Os potenciais resultados do presente projeto fazem parte do Core de Focos do Resumo Mínimo de Dados (Tabela 1.) (OE, 2007).

TABELA 1 - RESUMO MÍNIMO DE ENFERMAGEM - CORE INDICADORES (OE, 2007).

Foco	Diagnósticos	Indicadores	Fórmula
Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento infantil em risco	Taxa de efetividade na prevenção	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com risco/com desenvolvimento}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com desenvolvimento em risco}} \times 100$
	Potencial para desenvolvimento do conhecimento do Prestador de Cuidados (PC) sobre desenvolvimento infantil	Modificação positiva no estágio do diagnóstico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ PC com ganhos de conhecimento}}{\text{N}^\circ \text{ total de PC com potencial}} \times 100$
Parentalidade	Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental	Modificação positiva no estágio do diagnóstico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ganhos de capacidade}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com potencial}} \times 100$
	Parentalidade comprometida	Taxa de prevalência	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com parentalidade comprometida}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes}} \times 100$

2- PERCEBER O PROBLEMA

Apesar da evidência científica existente que corrobora a importância do investimento na temática, na prática clínica constata-se que esta não surge ainda como uma prioridade,

representando frequentemente um cuidado omisso ou inconsistente (Weiss et al., 2017), assistindo-se conseqüentemente à insegurança e ansiedade dos pais em levar o seu bebê para casa (Adama et al., 2016, 2022). Assim, a reflexão estimulada pela prática clínica possibilitou-me identificar uma lacuna na translação do conhecimento, motivando o estudo da temática, perspetivando e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A estruturação de programas de preparação da alta, com base em diretrizes e políticas institucionais, pode ajudar a padronizar este cuidado, diminuindo a variabilidade e as omissões frequentemente existentes (Smith, 2021; Weiss et al., 2017). Importa, no entanto, que a família seja trazida para o centro do processo de planeamento e preparação do regresso a casa, havendo a necessária flexibilidade e adequação ao projeto, à dinâmica e às necessidades da família em causa (Hua et al., 2021, 2023; Smith, 2021). Sempre que necessário, este planeamento deve receber contributos de âmbito social, através da disponibilização de equipamentos e materiais, bem como da articulação com recursos da comunidade, por forma a garantir uma transição segura para casa e continuidade de cuidados (OE, 2011).

A preparação adequada do regresso a casa envolve um esforço multidisciplinar e não se deve cingir ao ensino, instrução e treino dos cuidados ao bebê, pois este conteúdo pode não dar plena resposta às necessidades dos pais, não os capacitando para gerir, em casa, as necessidades mais ou menos complexas daquele bebê. A educação dos pais deve envolver além do fornecimento de informações, o desenvolvimento de competências para cuidar, a promoção da tomada de decisão informada e a construção de confiança na gestão das necessidades de cuidado em casa, após a alta (Franck et al., 2023; Galeano & Maya, 2023; Hua et al., 2023; Weiss et al., 2017). Smith (2021) defendem que um programa adequado de preparação da alta se divide em dois componentes: a componente educacional e o processo de preparação da alta. A componente educacional denomina-se de intervenção educativa para a alta, na qual importa incluir e envolver os pais, no sentido de identificar as suas necessidades individuais, relacionadas com as suas características e com a sua dinâmica familiar. Acresce a esta componente educacional, o processo de preparação de alta. Este prende-se com a forma como o conduzimos e ensinamos (Smith, 2021), sendo que tem havido investimento em procurar metodologias para maximizar os resultados do desenvolvimento destes conhecimentos e competências, através da diversificação das metodologias de ensino e da auto e heteroavaliação dos resultados da implementação das mesmas (Aydon et al., 2018; Franck

et al., 2023; Galeano & Maya, 2023; Gupta et al., 2019; Lerret et al., 2020; Smith, 2021; Smith et al., 2022; Weiss et al., 2017).

Alguns trabalhos identificam também desafios ou dificuldades na consecução de intervenções educativas de qualidade para a alta, sendo que estas são frequentemente insuficientes ou omissas nos cuidados de enfermagem, com consequentes riscos e prejuízos para a segurança e desenvolvimento da criança. Elevada carga de trabalho e priorização de cuidados, para dar resposta a situações mais críticas, são dois dos motivos apresentados para que haja uma restrição do tempo despendido na intervenção educativa aos pais, restringindo-nos por vezes a instruções rápidas normalmente no dia da alta hospitalar, em vez de uma interação planeada, com objetivos delineados, e ajustada às necessidades da família (Weiss et al., 2017).

A comunicação escrita e verbal com os pais e entre todos os elementos da equipa multidisciplinar é crucial para facilitar um regresso a casa tranquilo e seguro. Vários estudos evidenciam vantagens em realizar reuniões multidisciplinares com a família, na medida em que estas promovem uma transmissão e discussão holística da informação, permitindo a criação de um plano a curto, médio e longo prazo relacionado com o internamento e posteriormente o regresso a casa (Mills et al., 2006). Estas reuniões permitem aos pais tomarem consciência das reais necessidades do bebé, antecipando potenciais problemas ou preocupações e discutindo-os com a equipa, por forma a aumentarem a sua segurança e sentimento de autoeficácia no cuidado ao bebé.

O estudo, desenvolvido por Weiss (2017), evidencia que implementar a avaliação da qualidade da intervenção educativa na preparação do regresso a casa, pelos pais, bem como a avaliação dos pais e enfermeiros da prontidão para regressar a casa devem ser práticas rotineiras. Sendo que, estas avaliações permitem identificar precocemente as famílias que à partida não estão preparadas para fazer uma transição segura e confiante para casa, possibilitando desencadear cuidados e serviços antecipatórios, no sentido de apoiar a família durante a transição. A avaliação dos enfermeiros, sobre a prontidão dos pais para a alta, foi menos associada à qualidade da intervenção educativa na preparação da alta, mas mostrou-se preditiva da necessidade de reinternamentos (Weiss et al., 2017).

Neste esforço de planear e preparar a alta do RN, importa envolver os recursos da comunidade (Balasundaram, 2023; Smith, 2021; Smith et al., 2022), nomeadamente os profissionais de saúde que irão dar continuidade aos cuidados hospitalares. Estes devem estar informados das especificidades e necessidades do bebé e família antes da alta, para que

o plano de cuidados possa ser assegurado de forma ininterrupta, transmitindo segurança e confiança aos pais (Balasundaram, 2023; Hua et al., 2021; Smith, 2021). Também a este nível, por forma a garantir a continuidade dos cuidados, é aconselhada a realização de um *follow up* adequado às necessidades da família (Adama et al., 2022; Balasundaram, 2023; Balasundaram et al., 2022; Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022; Walter & Robb, 2019; Weiss et al., 2017), através de contacto telefónico e/ou visita domiciliária.

Neste sentido, espera-se dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, que eduquem, treinem, orientem, apoiem e escutem ativamente os pais que vivenciam o desafio de ter os seus bebés internados na UCIN, por forma a torná-los autónomos e mestres no cuidado ao seu bebé e facilitar o regresso a casa. Esta é uma tarefa monumental com implicações a curto, médio e longo prazo para o bem-estar dos pais, para a relação pais-bebé e para a saúde e desenvolvimento do mesmo (Altimier & Phillips, 2016; Hua et al., 2023; Walter & Robb, 2019; Weiss et al., 2017).

3- FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

De acordo com o problema identificado e a revisão da literatura realizada acerca do mesmo, foram definidos os seguintes objetivos iniciais:

1. Realizar uma revisão *Scoping* para identificar as intervenções facilitadoras da transição para casa do RN hospitalizado na UCIN e sua família;
2. Constituir um grupo multidisciplinar para avaliação e otimização do processo de preparação de alta na UCIN;
3. Implementar um Procedimento Setorial sobre a preparação do regresso a casa do RN internado na UCIN;
4. Melhorar a perceção dos pais da sua prontidão para a alta;
5. Formar a equipa de saúde da UCIN acerca do processo de preparação da alta do RN.

4- PERCEBER AS CAUSAS

Na revisão de literatura realizada destacam-se as causas (Smith, 2021; Weiss et al., 2017):

- Variabilidade no processo de preparação da alta do RN hospitalizado na UCIN;

- Intervenção educativa para a alta como um cuidado frequentemente omissivo, associado à priorização de cuidados para dar resposta a situações emergentes;
- Elevada carga de trabalho dos profissionais de saúde.

A par das causas apresentadas importa compreender os fatores percecionados pelos pais e pela equipa profissional como limitadores da consecução de um planeamento atempado e estruturado da alta do RN. Neste sentido, já foi realizado um questionário com o objetivo de avaliar a perceção dos médicos e enfermeiros relativamente ao modo como se processa atualmente a preparação da alta do RN, sendo que os resultados são apresentados em apêndice (Apêndice I), revelando disparidade na perceção dos vários profissionais relativamente:

- À organização do processo de preparação da alta;
- Ao *timing* adequado para iniciar a preparação da alta;
- Aos conteúdos a abordar na intervenção educativa;
- Às metodologias utilizadas na preparação da alta, bem como na avaliação da prontidão parental para a alta.

Os resultados obtidos serão apresentados à equipa multidisciplinar e promovida a discussão dos mesmos, com base na evidência científica extraída da Revisão *Scoping* (Apêndice II – Protocolo de Revisão *Scoping*). Serão extraídos da mesma revisão instrumentos já utilizados para avaliação da prontidão parental para a alta, e posteriormente validada a sua aplicabilidade na UCIN do [REDACTED], pelo grupo multidisciplinar constituído para otimizar este processo. Até ao término da Revisão *Scoping*, pretende-se implementar um questionário aos pais (*Google Forms*), elaborado pelo responsável do projeto, à semelhança do aplicado aos profissionais, por forma a fazer o levantamento das dificuldades percecionadas pelos pais na assunção do seu papel parental ao longo do internamento, bem como sugestões de melhoria.

5- PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

De acordo com o problema identificado e as causas já encontradas, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais:

- Otimizar o processo de preparação da alta do RN hospitalizado na UCIN;

- Promover o desenvolvimento de competências parentais, com vista à transição segura para casa, assegurando a continuidade de cuidados ao RN;
- Incrementar o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente ao processo de preparação da alta do RN hospitalizado na UCIN.

Objetivos Específicos:

1. Realizar uma revisão *Scoping* para identificar as intervenções facilitadoras da transição para casa do RN hospitalizado na UCIN e sua família;
2. Constituir um grupo multidisciplinar para avaliação e otimização do processo de preparação de alta na UCIN;
3. Implementar um questionário para avaliar a perceção dos pais relativamente ao processo de preparação de alta do RN;
4. Implementar um questionário para avaliar a perceção dos pais relativamente à sua prontidão para a alta;
5. Promover a aquisição de conhecimentos na equipa de enfermagem, relativos ao processo de preparação da alta do RN hospitalizado na UCIN;
6. Implementar um Procedimento Setorial sobre a preparação do regresso a casa do RN internado na UCIN.
7. Formar a equipa de saúde da UCIN acerca do Procedimento Setorial;
8. Realizar reuniões multidisciplinares¹, com a presença dos pais, para discutir a informação clínica e planeamento de cuidados ao RN;
9. Mensurar a média do nível de prontidão para a alta percebido pelos pais, por forma a analisar o impacto das medidas instituídas.

¹ Envolvendo os profissionais relevantes no processo de preparação da alta do RN: enfermeiro, neonatologista e outros médicos de áreas de especialidade pertinentes de acordo com os diagnósticos clínicos do RN, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, elemento da equipa local de intervenção da área de residência e elemento de ligação com os cuidados de saúde primários.

Atividades (Apêndice III - Cronograma):

- Realização da Revisão *Scoping*, até dezembro 2024;
- Elaboração do questionário para avaliar a perceção dos pais relativamente ao processo de preparação de alta do RN, até setembro de 2024;
- Apresentação do projeto à equipa da UCIN, em setembro 2024;

- Apresentação do projeto à assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo que dão apoio na UCIN, em setembro 2024;
- Reunião com a responsável do projeto "Follow up" da UCIN do [REDACTED], no sentido de encontrar a complementaridade entre os dois projetos, em setembro de 2024;
- Identificação dos elementos da equipa de enfermagem e médica com interesse em formar o grupo multidisciplinar para avaliação e otimização do processo de preparação de alta na UCIN, até dezembro 2024;
- Reunião com a equipa multidisciplinar responsável pela implementação do projeto para selecionar o instrumento aplicado para avaliar a prontidão dos pais para a alta, em janeiro 2025;
- Elaboração do Procedimento Setorial sobre a preparação do regresso a casa do RN internado na UCIN, até abril 2025;
- Apresentação da Procedimento Setorial a 80% da equipa da UCIN, até junho 2025;
- Implementação da Procedimento Setorial, até dezembro 2025;
- Implementação das reuniões multidisciplinares, com a presença dos pais, para discutir a informação clínica e planeamento de cuidados dos RN, até dezembro 2025;
- Realização de auditorias anuais ao cumprimento da NOC, anualmente em janeiro;
- Levantamento anual do nível médio de prontidão para a alta percebido pelos pais, por forma a analisar o impacto das medidas instituídas, anualmente em janeiro;
- Reunião do grupo de trabalho para analisar os resultados, anualmente em fevereiro.

Indicadores:

- Até junho 2025, ter 80% da equipa da UCIN com formação acerca da NOC;
- No ano de 2026, realizar reuniões multidisciplinares, com a presença dos pais, para discutir a informação clínica e planeamento de cuidados a 75% dos RN.

6- VERIFICAR RESULTADOS

Os resultados deverão ser avaliados no final do ano 2025, através:

1. da avaliação dos ganhos de conhecimento dos pais

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ mãe e/ou pai com ganhos de conhecimento}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de mãe e/ou pai com potencial}} \times 100$$

2. da avaliação dos ganhos de capacidades dos pais

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ mãe e/ou pai com ganhos de capacidade}}{\text{N}^\circ \text{ total de mãe e/ou pai com potencial}} \times 100$$

3. da comparação entre a média dos níveis de percepção de prontidão parental para a alta avaliada antes da implementação do Projeto e um ano após a mesma;

$$\left[\frac{\sum \text{Scores de prontidão avaliado pelos pais (ano n)}}{\text{Score máximo de prontidão possível} \times \text{N}^\circ \text{ de avaliações (ano n)}} \right] - \left[\frac{\sum \text{Scores de prontidão avaliado pelos pais (ano n + 1)}}{\text{Score máximo de prontidão possível} \times \text{N}^\circ \text{ de avaliações (ano n + 1)}} \right]$$

4. da avaliação do número de reuniões multidisciplinares, com a presença dos pais, realizadas, sendo que deve ser realizada pelo menos uma por RN internado;

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ reuniões multidisciplinares realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total RN internados}} \times 100$$

7- PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARTIZAR E TREINAR A EQUIPA

- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a temática e as alterações instituídas;
- Auditoria interna aos registos de enfermagem, associados ao foco Parentalidade;
- Manter a aplicação do questionário aos pais, para avaliação da sua prontidão e sugestões de melhoria;
- Um ano após implementação do projeto, em fevereiro 2026 realizar nova formação aos profissionais de saúde e discutir medidas corretivas, com base nos resultados dos questionários aos pais e percepções da equipa.

8- RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

- Partilhar com a equipa os resultados obtidos;
- Divulgar e partilhar o projeto em encontros de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e congressos da área Neonatal e Pediátrica.

Referências Bibliográficas

- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2022). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 532–547. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. (2016). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(1), 27–51. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>
- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J., & Deierl, A. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2018). Neuroprotective Care of Extremely Preterm Infants in the First 72 Hours After Birth. In *Critical Care Nursing Clinics of North America* (Vol. 30, Issue 4, pp. 563–583). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.010>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIM manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- Aydon, L., Hauck, Y., Murdoch, J., Siu, D., & Sharp, M. (2018). Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 269–277. <https://doi.org/10.1111/jocn.13883>
- Balasundaram, M. (2023). FCC TASKFORCE NEWSLETTER. *Neonatology Today*, 18(5), 253–258. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=164141735&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Balasundaram, M., Porter, M., Miller, S., Sivakumar, D., Fleming, A., & McCallie, K. (2022). Increasing Parent Satisfaction With Discharge Planning: An Improvement Project Using Technology in a Level 3 NICU. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 22(2), 108–118. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000841>

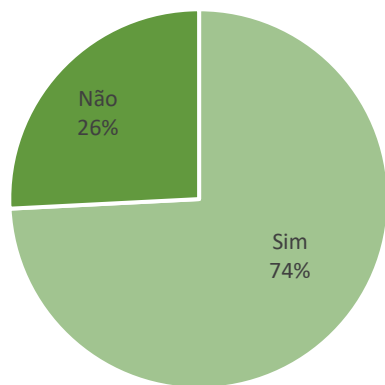
- Branquinho, J. (2013). *CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS EM PORTUGAL: Construção de Consenso entre Neonatologistas recorrendo à metodologia Delphi*.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Infant & family-centered development care*.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2022). *European foundation for the care of newborn: Infants Follow-up & continuing care*.
- Franck, L. S., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Gay, C. L., Sossaman, S., Sossaman, J., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C., & Sun, Y. (2023). Parent Readiness for Their Preterm Infant's Neonatal Intensive Care Unit Discharge. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 37*(1), 68–76. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000612>
- Galeano, S. P. O., & Maya, Á. M. S. (2023). Preparing Parents for Discharge from the Neonatal Unit, the Transition, and Care of Their Preterm Children at Home. *Investigacion y Educacion En Enfermeria, 41*(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04>
- Gupta, M., Pursley, D. M., & Smith, V. (2019). Preparing for Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics, 143*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2915>
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of Complex Chronic Illness, Disability, or End-of-Life Care on the Child and Family. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 574–620). Elsevier.
- Hua, W., Wang, L., Li, C., Simoni, J. M., Yuwen, W., & Jiang, L. (2021). Understanding preparation for preterm infant discharge from parents' and healthcare providers' perspectives: Challenges and opportunities. *Journal of Advanced Nursing, 77*(3), 1379–1390. <https://doi.org/10.1111/jan.14676>
- Hua, W., Zhou, J., Wang, L., Li, C., Zheng, Q., Yuwen, W., & Jiang, L. (2023). "It turned my life upside down": Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home—A qualitative study. *Australian Critical Care, 36*(5), 679–686. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.007>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser [International Council of Nurses]*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lerret, S. M., Johnson, N. L., Polfuss, M., Weiss, M., Gralton, K., Klingbeil, C. G., Gibson, C., Garnier-Villarreal, M., Ahamed, S. I., Adib, R., Unteutsch, R., Pawela, L., White-Traut, R., & Sawin, K. (2020). Using the engaging parents in education for discharge (ePED) iPad application to improve parent discharge experience. *Journal of Pediatric Nursing, 52*, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.02.041>

- Mills, M. M., Sims, D. C., & Jacob, J. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 118(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1542/peds.2006-09131>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; Vol. 3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado – revisão scoping. *Enfermeria Global*, 66, 609–623. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Shin, H., & White-Traut, R. (2010). The conceptual structure of Transition to Motherhood in the Neonatal Intensive Care Unit. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 104–113). Springer Publishing Company.
- Smith, V. (2021). Discharge planning considerations for the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 106(4), 442–445. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318021>
- Smith, V. C. (2021). Discharge planning considerations for the neonatal intensive care unit. In *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* (Vol. 106, Issue 4, pp. 442–445). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318021>
- Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022a). Gravens By Design: The Importance of NICU Discharge Planning Guidelines and Standards. *Neonatology Today*, 17(1), 55–57. <https://doi.org/10.51362/neonatology.today/20221715557>
- Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022b). NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology*, 42, 7–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>

- Walter, L., & Robb, M. (2019). Promoting Discharge Readiness Through Staff Education: A Family-Centered Approach. *Journal for Nurses in Professional Development, 35*(3), 132–136. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000519>
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R. (2017b). Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing, 34*, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R. (2017a). Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing, 34*, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>
- WHO. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant*.
- WHO. (2023). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant*.
- World Health Organization. (2023). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*.

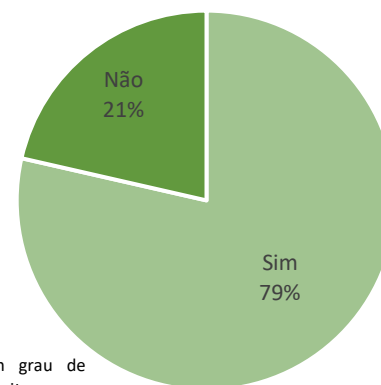
Apêndice I. Diagnóstico de situação: percepção dos médicos e enfermeiros relativamente ao modo como se processa atualmente a preparação da alta do RN na UCIN do [REDACTED]

Considera que existe um documento orientador para a preparação da alta do RN e família internados na UCIN (**Enfermeiros**)?



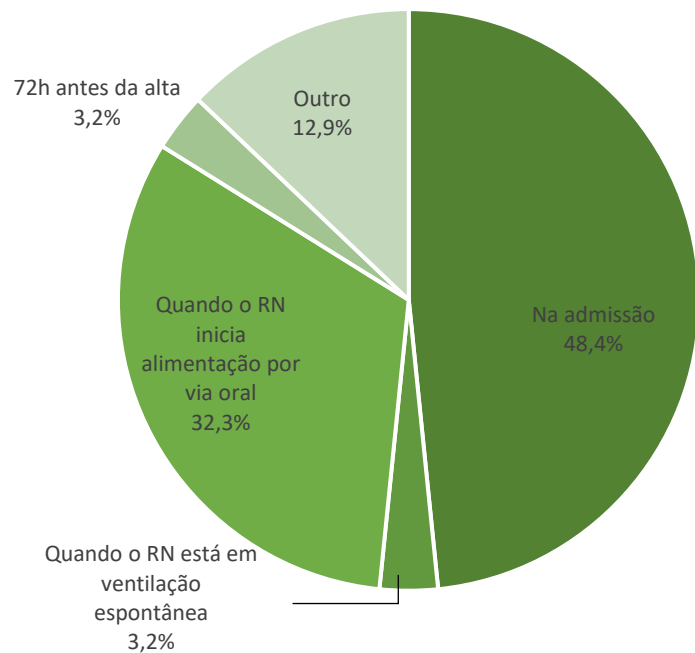
Outro:
- Ao longo do internamento (6,5%)
- Na admissão RN nível II e na fase de aquisição de autonomia alimentar em RN nível III (3,2%)
- Depende da situação do RN (3,2%)

Considera que existe um documento orientador para a preparação da alta do RN e família internados na UCIN (**Médicos**)?

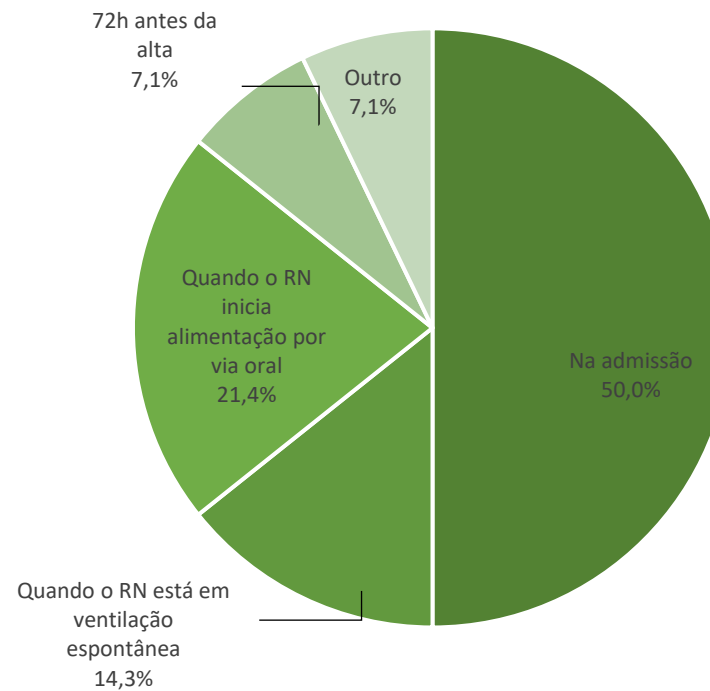


Outro:
- Quando RN atinge um grau de estabilidade clínica que permita pensar na alta a médio prazo

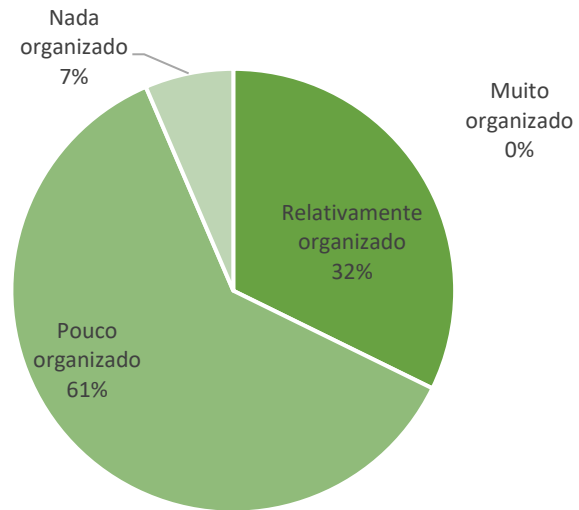
Quando considera adequado iniciar a preparação para a alta (**Enfermeiros**)?



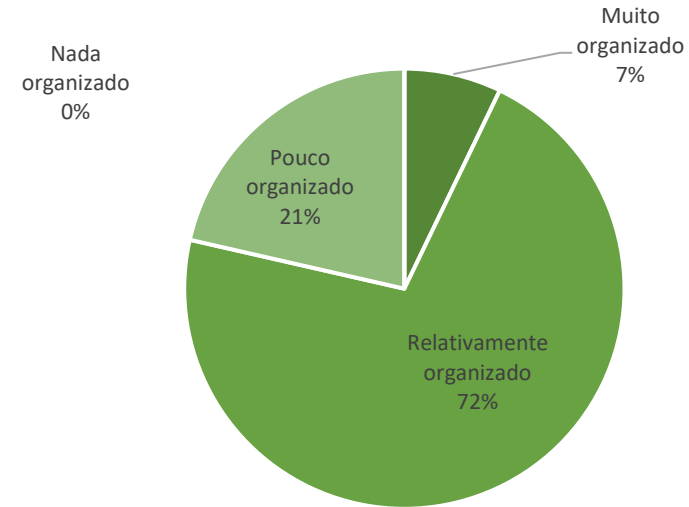
Quando considera adequado iniciar a preparação para a alta (**Médicos**)?



Como avalia o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN, em questão de organização (**Enfermeiros**)?

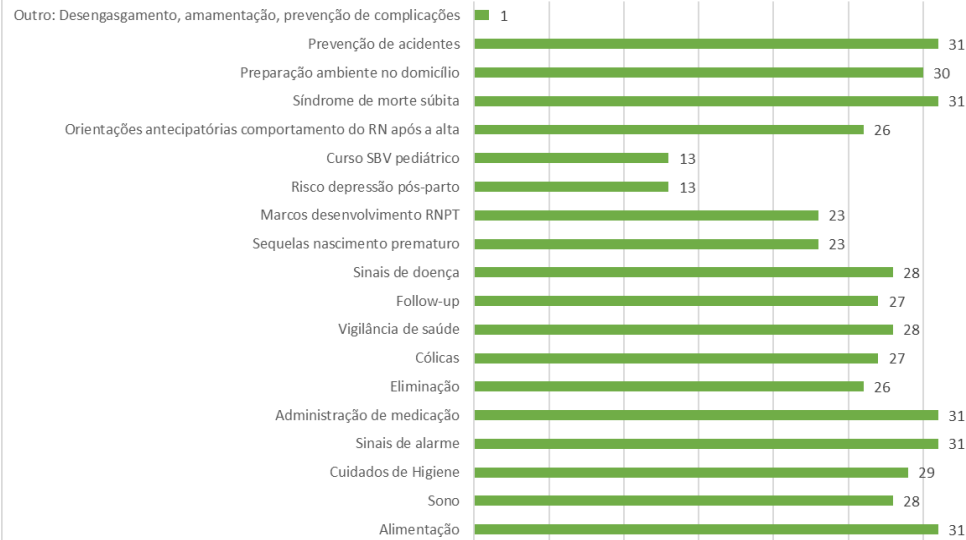


Como avalia o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN, em questão de organização (**Médicos**)?



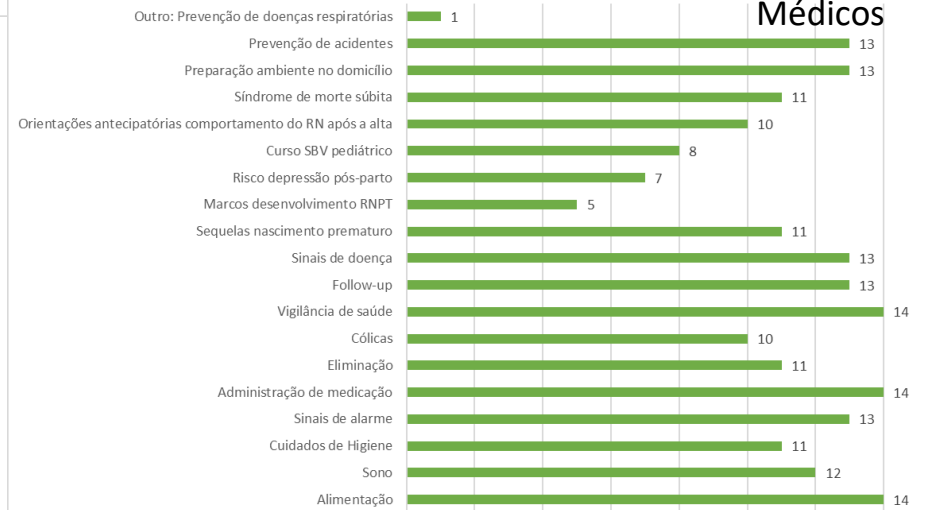
Que conteúdos considera pertinente abordar na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

Enfermeiros



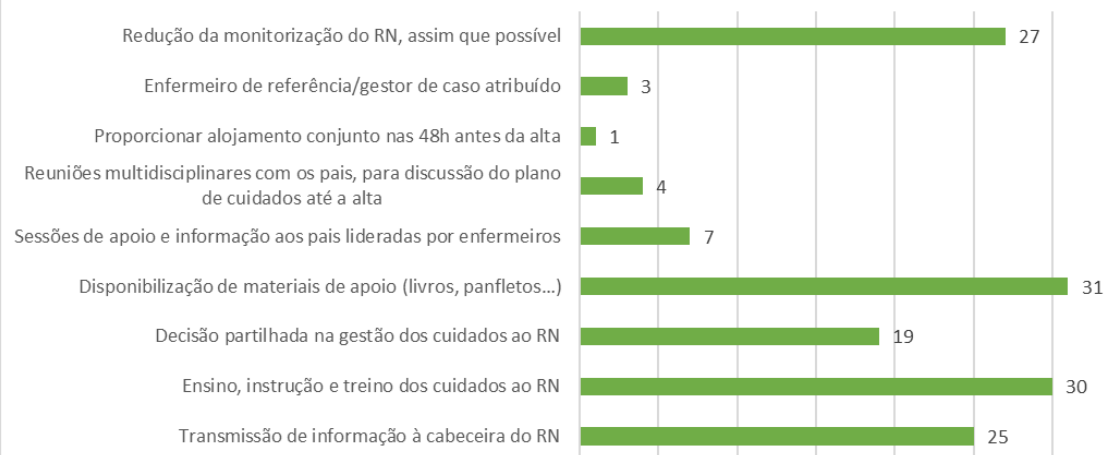
Que conteúdos considera pertinente abordar na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

Médicos



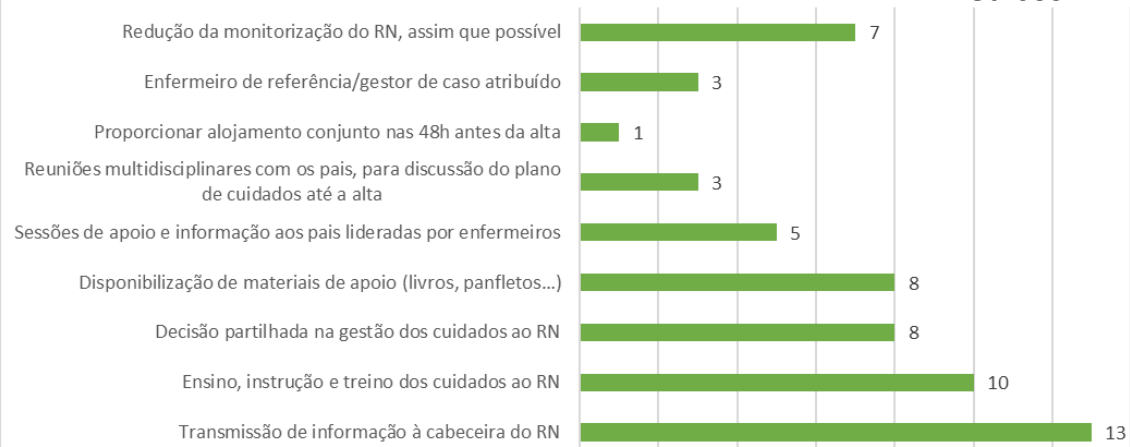
Que metodologias utiliza na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

Enfermeiros

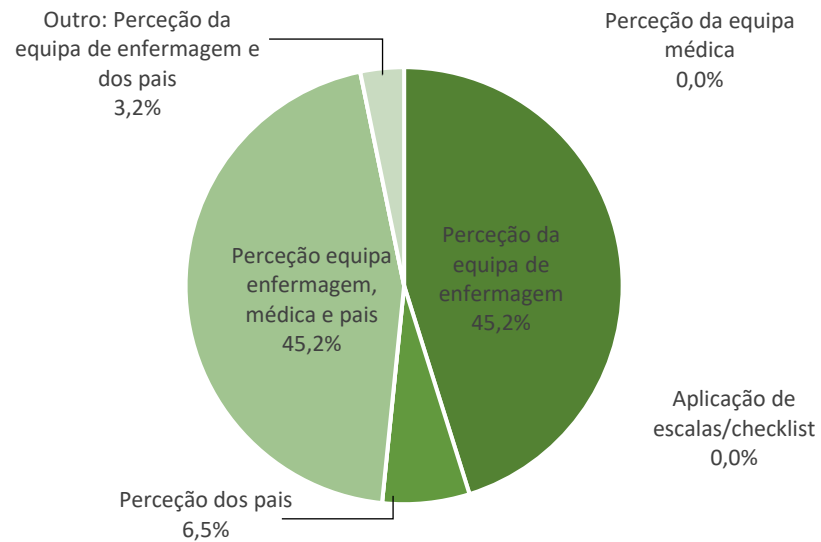


Que metodologias utiliza na preparação da alta do RN e família internados na UCIN?

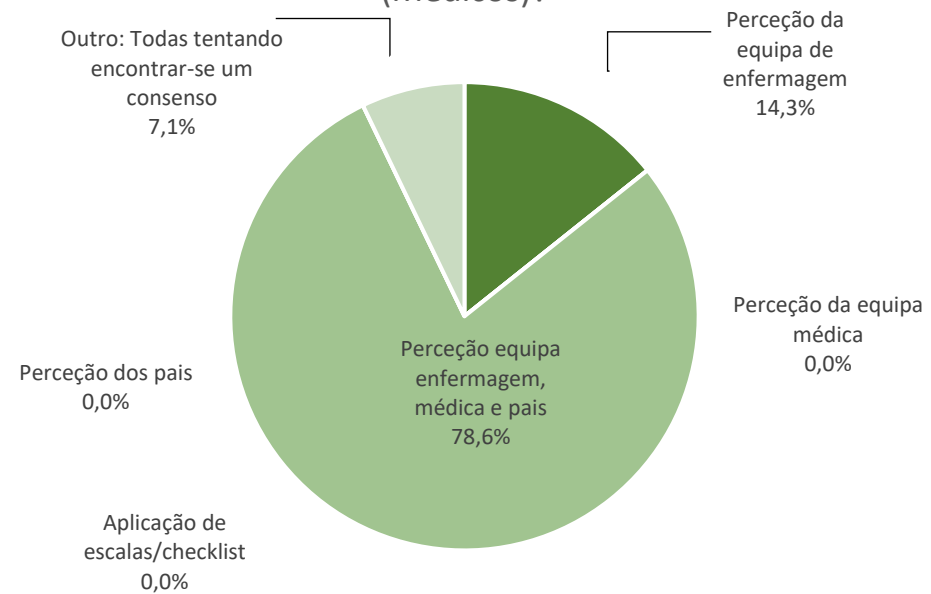
Médicos



Como é avaliada a prontidão dos pais para a alta (Enfermeiros)?



Como é avaliada a prontidão dos pais para a alta (Médicos)?



Apresente, pelo menos, uma sugestão para melhorar o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN (31 respostas – ENFERMEIROS):

- Valorizar a perceção dos pais sobre a prontidão para a alta, p.e. através de questionário que explicita as dúvidas e inseguranças, para poder redirecionar o processo de aprendizagem (2);
- Implementação de sessões de formação para os pais com ensinamentos, treinos e partilha de informações/dúvidas entre os mesmos, cujos RN estão em processo de preparação para a alta (4);
- Aplicação de *checklist* para registar os ensinamentos já efetuados (12) e orientar os timings, com consulta multidisciplinar, de auto e hetero avaliação (1);
- Planeamento da alta entre equipa e pais;
- Alojamento conjunto 24h/48h antes da alta (4)
- Norma orientadora de preparação para a alta (3);
- Preparação da alta mais precocemente (5)
- Tempo de cuidados alocado à realização e validação de ensinamentos com os pais (2)
- Melhoria dos registos de enfermagem relacionados com a preparação da alta, que estes sejam facilmente acessíveis, para maximizar a continuidade de cuidados
- Articulação entre equipa médica e de enfermagem (2)
- Reuniões multidisciplinares com os pais (2)

Apresente, pelo menos, uma sugestão para melhorar o processo de preparação da alta do RN e família internados na UCIN (14 respostas - MÉDICOS):

- Existência da figura do gestor de caso da equipa médica e da equipa de enfermagem que possam realizar o planeamento da alta a dequado à criança e família (2)
- *Checklist* de validação de ensinios no processo clínico (3)
- Avaliação da perceção dos pais da sua prontidão para a alta
- Reunião conjunta de equipa enfermagem e equipa médica (3)
- Hospitalização domiciliária
- Pais elaborarem lista de dúvidas semanal
- Vídeos padronizados com cuidados, sinais de alerta, etc (já existem alguns feitos)
- Telefonema de follow-up
- Iniciar a preparação da alta mais precocemente
- Distribuição de mini manual para rever mais tarde no domicílio, com calma
- Criação de uma *checklist* pré alta que inclua todos os pontos a abordar na elaboração da própria nota de alta (resumo do internamento, orientação para continuação dos cuidados, consultas, medicação, bem como temas a abordar diretamente com os pais, no que respeita a condições para cuidados no domicílio e prevenção, continuação do apoio psicológico para os pais, etc)
- Reunião da equipa com os pais.

Apêndice II. Protocolo de Revisão *Scoping*

Intervenções Facilitadoras da Transição do Recém-Nascido e Família da Neonatologia para Casa: Protocolo de uma Revisão *Scoping*

Interventions that Facilitate the Transition of Newborns and Families from Neonatology to Home: Scoping Review Protocol

Autores

Ana Montoito^{1,2} Ana Rita Pereira^{1,2,3} Sónia Colaço³

1. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier
2. CIDNUR - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
3. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

E-mail para contacto: ana.mmontoito@gmail.com.

Resumo

Objetivo: O objetivo desta Revisão *Scoping* é identificar e mapear na literatura científica as intervenções facilitadoras da transição para casa do Recém-Nascido hospitalizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e sua família.

Introdução: A sobrevivência de Recém-Nascidos extremamente prematuros e/ou gravemente doentes implica a hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Esta, incontornavelmente, influencia negativamente a transição para a parentalidade, acarretando também desafios na transição do hospital para casa. Neste sentido, apoiar os pais na vivência destas transições constitui uma atividade chave, com reflexo positivo nos resultados de saúde da criança e família e na redução dos reinternamentos e recurso a serviços de urgência.

Critérios de inclusão: A amostra será constituída por todos os estudos e documentos, produzidos desde 01 de janeiro de 2014, em português, castelhano, francês e inglês, que reportem intervenções e programas relacionados com a avaliação e promoção da prontidão dos pais para a transição para casa após hospitalização do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, não havendo outros critérios de exclusão, que não relacionados com o não cumprimento dos critérios de inclusão.

Metodologia: Este protocolo segue as orientações do *The Joanna Briggs Institute* (Aromataris et al., 2024), sendo que a Revisão *Scoping* deverá incluir todos os estudos e documentos produzidos que abordem a avaliação e promoção da prontidão dos pais para a transição para casa após hospitalização do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Deverão ser incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que estejam publicados, assim como literatura cinzenta, em português, castelhano,

francês e inglês. Serão considerados documentos produzidos nos últimos 10 anos, por forma a garantir a atualidade dos documentos, e relevantes para a temática. A pesquisa será realizada nas bases de dados: MEDLINE, CINAHL, MedicLatina, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Central Register of Controlled Trials, JBI Databases e Pubmed, através da plataforma Ebsco, e nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Os documentos serão examinados por dois revisores independentes e os conflitos serão resolvidos através de um terceiro revisor. Os dados serão organizados, segundo o modelo *PRISMA ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extended for Scoping Reviews)*, numa tabela de extração de dados e mapeados de forma descritiva e lógica, tendo por base a questão de revisão definida. Os resultados serão explanados através de uma síntese narrativa sistemática.

Introdução

Os avanços da medicina e da tecnologia em saúde têm contribuído para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre os Recém-Nascidos (RN) extremamente prematuros ou gravemente doentes (Hesselgrave & Santucci, 2024; World Health Organization [WHO], 2022, 2023), necessitando estes de cuidados de saúde especializados conferidos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Sendo que, a UCIN é um contexto de cuidados usualmente percebido, pelos pais, como assustador, estranho e altamente tecnológico (Altimier & Phillips, 2016), podendo influenciar negativamente a transição para a parentalidade, na medida em que os pais não sabem como agir e sentem-se inseguros na assunção do seu papel (Aloysius et al., 2018; Hua et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Desta forma, a admissão e permanência na UCIN constituem experiências ansiogénicas para os pais, agravadas pelas características físicas do ambiente e do RN, e pela separação do mesmo, podendo ter um impacto significativo na forma como os pais se relacionam com o RN, com implicações negativas no desenvolvimento da criança e das competências parentais (Hua et al., 2023; Querido et al., 2022; Shin & White-Traut, 2010).

A transição da UCIN para casa pode ser complexada, estando maioritariamente dependente da estabilidade fisiológica do RN, a prontidão dos pais para a alta, a existência de recursos e suporte em casa e de serviços comunitários, capazes de responder às necessidades específicas do RN e família (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2018, 2022; Gupta et al., 2019; Hua et al., 2023; Smith, 2021; Smith et al., 2022). A prontidão dos pais relaciona-se com as competências técnicas, conhecimentos, conforto emocional, segurança e confiança demonstrados no cuidado ao bebé (Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022), podendo este ser um processo muito desafiante e complexo para todos os envolvidos. Adama et al. (2016), numa revisão sistemática da literatura sobre as experiências dos pais ao cuidar de bebés prematuros após a alta da UCIN, destacaram que continua patente a ansiedade e o medo, experienciados pelos pais, em deixar a rede de segurança da UCIN, até 6 a 18 meses após a alta.

A estruturação de programas de preparação da alta, com base em diretrizes e políticas institucionais, pode ajudar a padronizar este cuidado, diminuindo a variabilidade e as omissões frequentemente existentes (Smith, 2021; Weiss et al., 2017). Importa, no entanto, que a família seja trazida para o centro do processo

de planeamento e preparação do regresso a casa, havendo a necessária flexibilidade e adequação ao projeto, à dinâmica e às necessidades da família em causa (Hua et al., 2021, 2023; Smith, 2021).

A preparação adequada da transição para casa envolve um esforço multidisciplinar, que excede a componente educativa, nomeadamente, ensino, instrução e treino dos cuidados ao RN. Na medida em que, este conteúdo pode não dar integral resposta às necessidades dos pais, não os capacitando para gerir, em casa, as necessidades mais ou menos complexas daquele RN. A intervenção educativa para a alta, dirigida aos pais, deve envolver além do fornecimento de informações, o desenvolvimento de competências para cuidar, a promoção da tomada de decisão informada e a construção de confiança na gestão das necessidades de cuidado em casa, após a alta (Franck et al., 2023; Galeano & Maya, 2023; Hua et al., 2023; Weiss et al., 2017).

Apesar dos reconhecidos benefícios da preparação da transição do hospital para casa, após internamento numa UCIN, esta continua a ser um cuidado inconsistente e frequentemente omissivo, razão que motivou a presente revisão.

Após a realização de uma pesquisa preliminar na MEDLINE, na Base de Dados de Revisões Sistemáticas da Cochrane, no PROSPERO, na *JB I Evidence Synthesis* e na *Open Science Framework*, não foram encontradas Revisões Sistemáticas ou Revisões *Scoping* sobre esta temática. Desta forma, o objetivo desta Revisão *Scoping* é identificar e mapear na literatura científica as intervenções facilitadoras da transição para casa, do RN hospitalizado na UCIN e sua família.

Questão de investigação

O objetivo desta Revisão *Scoping* é identificar e mapear na literatura científica as intervenções facilitadoras da transição para casa do RN hospitalizado na UCIN e sua família.

A questão de investigação definida foi:

1. Quais as intervenções mobilizadas na avaliação e promoção da prontidão dos pais para a transição da UCIN para casa?
 - a. Que conteúdos devem ser abordados?
 - b. Que metodologias de ensino são mobilizadas?
 - c. Que programas existem?
 - d. Que materiais de apoio são utilizados?
 - e. Como é avaliada a prontidão dos pais para a alta?
 - i. Que escalas/instrumentos são aplicados?

Palavras-chave

Recém-nascido; Pais; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; Transição do Hospital para Casa; Parentalidade; Planeamento da Alta.

Critérios de Inclusão

Participantes

Esta Revisão *Scoping* irá incluir todos os estudos cujos participantes sejam RN e/ou pais, que tenham experienciado o processo de transição da UCIN para casa, independentemente da idade gestacional ou condição clínica do RN.

Conceito

O fenómeno de interesse para esta Revisão *Scoping* refere-se à facilitação da transição para casa do RN hospitalizado na UCIN e sua família, procurando identificar as intervenções documentadas que avaliem e promovam a prontidão dos pais para alta, nomeadamente as competências técnicas, os conhecimentos, o conforto emocional, a segurança e a confiança. Estão incluídos todos os estudos que descrevem estas mesmas intervenções.

Contexto

O contexto dos estudos será a UCIN, independentemente das suas características ou localização.

Tipos de Fontes de Evidência

Nesta Revisão *Scoping* serão incluídos todos os estudos e documentos produzidos desde 01 de janeiro de 2014, sendo incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que estejam publicados, assim como literatura cinzenta, em português, castelhano, francês e inglês, desde que relevantes para a temática.

Metodologia

Este protocolo segue as orientações do *The Joanna Briggs Institute* (Aromataris et al., 2024) e está organizado segundo os cinco estádios definidos por Arksey & O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005) para a realização de Revisões *Scoping*. Para apoio à estruturação da informação recolhida foi utilizado o modelo *PRISMA ScR* (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extended for Scoping Reviews*)

Registo

Este protocolo de Revisão *Scoping* foi registado no *Open Science Framework* (número de registo: osf.io/4bnjk), após a realização de uma pesquisa preliminar para confirmar a inexistência de uma Revisão *Scoping* idêntica, realizada no Prospero, JBI EBP, na Cochrane Library e na *Open Science Framework*.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa definida será delineada em três etapas.

Na primeira etapa será realizada uma pesquisa inicial na *MEDLINE* (Apêndice I), tendo sido determinados os termos de indexação para a criação da frase booleana. Os descritores MeSH (Medical Subject Headings) utilizados na pesquisa são: Infant; Parents Parenting; Education, Nonprofessional; Empowerment; Patient Discharge; associados aos termos em linguagem natural: Readiness; Newborn Care; NICU; Neonatal Intensive Care Unit.

Posteriormente será elaborada uma pesquisa nas bases de dados com os termos identificados, sendo utilizadas as bases de dados MEDLINE, CINAHL, MedicLatina, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Central Register of Controlled Trials, JBI Databases e Pubmed, através da plataforma Ebsco. A combinação de descritores deverá ser realizada com recurso à combinação dos descritores através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, sendo considerados documentos produzidos nos últimos 10 anos, por forma a garantir a atualidade dos documentos. Será também incluída literatura cinzenta. Deverão ser incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que estejam publicados, e fontes relevantes para a literatura cinzenta, não havendo qualquer limitação de desenho.

Na terceira etapa proceder-se-á à análise da lista de artigos selecionados e à leitura dos artigos considerados relevantes, com o objetivo de aumentar a sensibilidade da pesquisa.

Seleção de fontes de evidência

Os documentos serão examinados por dois revisores, de forma independente, e os dados, depois de organizados na tabela de extração, serão mapeados de forma descritiva e lógica, levando em consideração a questão de revisão definida. Um terceiro revisor será tido em conta em caso de necessidade de desempate.

Serão removidos os estudos duplicados e excluídos os que não preencham os critérios de elegibilidade definidos.

Será realizada uma análise inicial aos títulos e resumos e, após a primeira seleção, a leitura integral dos artigos.

Será utilizado o *software* de suporte *Covidence*, como facilitador do processo de seleção de estudos.

No final será realizada uma Revisão *Scoping* e o resultado da pesquisa estará plasmado na mesma, sendo sintetizado através da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses ScR (PRISMA - ScR)*.

Extração de dados

A extração dos dados será realizada com recurso ao instrumento *JBI Template Source of Evidence Details, Characteristics and Results Extraction Instrument*, adaptado a este protocolo (Apêndice II). Sendo que, este poderá ser refinado, por parte dos revisores, durante o processo de análise dados, estando as modificações

detalhadas na Revisão *Scoping*. Poderá ser realizado um teste piloto se o número de documentos selecionados for significativo, de forma a validar se o quadro é adequado, devendo o mesmo ser realizado pelos 2 revisores (Arksey & O'Malley, 2005).

Os revisores tentarão obter informação junto dos autores originais, quando necessários esclarecimentos adicionais.

A informação obtida após a extração de dados deverá responder à questão de investigação.

Análise e Apresentação dos Resultados

Os dados obtidos através da estratégia de pesquisa serão apresentados num gráfico PRISMA. Os resultados serão explanados através de uma síntese narrativa sistemática resultante da informação colhida na tabela, devendo ambos os revisores estar de acordo com as conclusões obtidas.

Não será realizada a avaliação da qualidade, visto o objetivo deste protocolo ser a recolha da maior informação possível, respeitando os critérios da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses ScR (PRISMA - ScR)*.

Limitações

Como possível limitação antevê-se a dificuldade de acesso a alguns documentos, que se pretende contornar através do contacto com os autores. Poderá constituir também uma limitação os critérios de elegibilidade dos estudos, nomeadamente o idioma, referidos no Protocolo.

Agradecimentos

Não aplicável.

Financiamento

Não aplicável.

Conflitos de Interesse

Não existem conflitos de interesse por parte de qualquer um dos autores, neste projeto.

Referências Bibliográficas

- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2022). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 532–547. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. (2016). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(1), 27–51. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>
- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J., & Deierl, A. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2018). Neuroprotective Care of Extremely Preterm Infants in the First 72 Hours After Birth. In *Critical Care Nursing Clinics of North America* (Vol. 30, Issue 4, pp. 563–583). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.010>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIM manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- Aydon, L., Hauck, Y., Murdoch, J., Siu, D., & Sharp, M. (2018). Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 269–277. <https://doi.org/10.1111/jocn.13883>
- Balasundaram, M. (2023). FCC TASKFORCE NEWSLETTER. *Neonatology Today*, 18(5), 253–258. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=164141735&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Balasundaram, M., Porter, M., Miller, S., Sivakumar, D., Fleming, A., & McCallie, K. (2022). Increasing Parent Satisfaction With Discharge Planning: An Improvement Project Using Technology in a Level 3 NICU. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 22(2), 108–118. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000841>
- Branquinho, J. (2013). *CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS EM PORTUGAL: Construção de Consenso entre Neonatologistas recorrendo à metodologia Delphi*.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Infant & family-centered development care*.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2022). *European foundation for the care of newborn: Infants Follow-up & continuing care*.
- Franck, L. S., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Gay, C. L., Sossaman, S., Sossaman, J., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C., & Sun, Y. (2023). Parent Readiness for Their Preterm Infant's Neonatal Intensive

- Care Unit Discharge. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 37(1), 68–76. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000612>
- Galeano, S. P. O., & Maya, Á. M. S. (2023). Preparing Parents for Discharge from the Neonatal Unit, the Transition, and Care of Their Preterm Children at Home. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 41(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04>
- Gupta, M., Pursley, D. M., & Smith, V. (2019). Preparing for Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 143(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2915>
- Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of Complex Chronic Illness, Disability, or End-of-Life Care on the Child and Family. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 574–620). Elsevier.
- Hua, W., Wang, L., Li, C., Simoni, J. M., Yuwen, W., & Jiang, L. (2021). Understanding preparation for preterm infant discharge from parents' and healthcare providers' perspectives: Challenges and opportunities. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1379–1390. <https://doi.org/10.1111/jan.14676>
- Hua, W., Zhou, J., Wang, L., Li, C., Zheng, Q., Yuwen, W., & Jiang, L. (2023). "It turned my life upside down": Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home—A qualitative study. *Australian Critical Care*, 36(5), 679–686. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.007>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser [International Council of Nurses]*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lerret, S. M., Johnson, N. L., Polfuss, M., Weiss, M., Gralton, K., Klingbeil, C. G., Gibson, C., Garnier-Villarreal, M., Ahamed, S. I., Adib, R., Unteutsch, R., Pawela, L., White-Traut, R., & Sawin, K. (2020). Using the engaging parents in education for discharge (ePED) iPad application to improve parent discharge experience. *Journal of Pediatric Nursing*, 52, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.02.041>
- Mills, M. M., Sims, D. C., & Jacob, J. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 118(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1542/peds.2006-09131>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; Vol. 3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado – revisão scoping. *Enfermeria Global*, 66, 609–623. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>

- Shin, H., & White-Traut, R. (2010). The conceptual structure of Transition to Motherhood in the Neonatal Intensive Care Unit. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 104–113). Springer Publishing Company.
- Smith, V. (2021). Discharge planning considerations for the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 106*(4), 442–445. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318021>
- Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022a). Gravens By Design: The Importance of NICU Discharge Planning Guidelines and Standards. *Neonatology Today, 17*(1), 55–57. <https://doi.org/10.51362/neonatology.today/20221715557>
- Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022b). NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology, 42*, 7–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>
- Walter, L., & Robb, M. (2019). Promoting Discharge Readiness Through Staff Education: A Family-Centered Approach. *Journal for Nurses in Professional Development, 35*(3), 132–136. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000519>
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Galton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R. (2017). Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing, 34*, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant*.
- World Health Organization. (2023). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*.

Apêndice I: Estratégia de Pesquisa

MEDLINE		
	Linguagem Natural	Termos Indexados
<i>População</i>	Infant	Infant Parents
<i>Conceito</i>	Readiness Newborn Care	Parenting Education, Nonprofessional Empowerment Patient Discharge
<i>Contexto</i>	NICU Neonatal Intensive Care Unit	

Frase Booleana:

((TI Infant) OR (AB Infant) OR (MH "Infant+") OR (TI Parents) OR (AB Parents) OR (MH "Parents+")) AND ((TI Readiness) OR (AB Readiness) OR (TI Newborn Care) OR (AB Newborn Care) OR (TI Parenting) OR (AB Parenting) OR (MH "Parenting")) OR (TI Education, Nonprofessional) OR (AB Education, Nonprofessional) OR (MH "Education, Nonprofessional") OR (TI Empowerment) OR (AB Empowerment) OR (MH "Empowerment")) AND ((TI Patient Discharge) OR (AB Patient Discharge) OR (MH "Patient Discharge")) AND ((TI NICU) OR (AB NICU) OR (TI Neonatal Intensive Care Unit) OR (AB Neonatal Intensive Care Unit))

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

Título: Intervenções facilitadoras da transição do recém-nascido e família da neonatologia para casa: Protocolo de uma Revisão Scoping

Objetivo da Revisão					Identificar e mapear na literatura científica as intervenções facilitadoras da transição para casa do Recém-Nascido hospitalizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e sua família													
Questão de investigação					Quais as intervenções mobilizadas na avaliação e promoção da prontidão dos pais para a transição da UCIN para casa?													
Identificação do estudo					Caracterização		Critérios de elegibilidade			Resultados					Limitações	Sugestões		
Ano de publicação	Título	Revista	Autores	País de origem	Objetivo do estudo	Metodologia		População	Conceito	Contexto	Conteúdos a abordar na preparação dos pais	Metodologias de ensino	Programas de preparação	Materiais de apoio		Avaliação da prontidão dos pais	Aplicação de escalas	
						Desenho do estudo	Colheita de dados											

Apêndice III. Cronograma

Ano	2024							2025												2026			
Meses	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro		
Realização da Revisão Scoping	█																						
Elaboração do questionário para avaliar a percepção dos pais relativamente ao processo de preparação da alta do RN	█																						
Apresentação do projeto à equipa da UCIN + Assistente Social + Fisioterapeuta + Psicólogo				█																			
Reunião com a responsável do projeto "Follow up" da UCIN do █				█																			
Identificação dos elementos da equipa de enfermagem e médica com interesse em formar o grupo de trabalho				█																			
Reunião com a equipa multidisciplinar responsável pela implementação do projeto para selecionar o instrumento aplicado para avaliar a prontidão dos pais para a alta								█															
Elaboração da NOC sobre a preparação do regresso a casa do RN internado na UCIN, até abril 2025;								█															
Apresentação da NOC a 80% da equipa da UCIN;												█											
Implementação da NOC												█											
Implementação das reuniões multidisciplinares												█											
Realização de auditorias anuais ao cumprimento da NOC																					█		
Levantamento anual do nível médio de prontidão para a alta percecionado pelos pais																					█		
Reunião anual do grupo de trabalho para analisar os resultados																						█	

Anexos

Anexo I. Certificado de participação na Reunião Científica “A transição da Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?”

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS

"A TRANSIÇÃO DA NEONATOLOGIA PARA
O DOMICÍLIO: QUE CAPACITAÇÃO PARENTAL?"

15 MAIO`23



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Isabel Morais Montoito esteve presente na Reunião Científica "A transição da Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?" do II Ciclo de Reuniões Científicas "Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados", que decorreu no dia 15 de maio de 2023 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 15 de maio de 2023

Anexo II. Certificado de participação Congresso de Saúde Pública 23

CONGRESSO
SAÚDE PÚBLICA

23

UMA NOVA ERA

15-16 JUNHO

CULTURGEST



SPSP
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE SAÚDE PÚBLICA
Portuguese Society of Public Health

ANMSP
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS DE
SAÚDE PÚBLICA

APPSP
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Isabel Morais Montoito

Participou no **CONGRESSO SAÚDE PÚBLICA 23** que se realizou na CULTURGEST, nos dias 15 e 16 de Junho de 2023.

A handwritten signature in black ink that reads "Francisco George".

Francisco George
Presidente da Sociedade Portuguesa de Saúde Pública

Anexo III. Certificado de participação na Reunião Científica “A interação precoce na unidade de neonatologia: o seu impacto na díade pais-bebé”

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS

**“A INTERAÇÃO PRECOCE NA NEONATOLOGIA
O SEU IMPACTO NA DÍADE PAIS - BEBÉ...”**

19 JUNHO`23



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Montoito esteve presente na Reunião Científica “A interação precoce na unidade de neonatologia: o seu impacto na díade pais-bebé” do II Ciclo de Reuniões Científicas "Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados", que decorreu no dia 19 de junho de 2023 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 19 de junho de 2023

Anexo IV. Certificado de participação nas Jornadas “Um dia em Alcabideche... Saúde Infantil e Juvenil”

UM DIA EM
ALCABIDECHE!



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Ana Isabel Morais Montoito

esteve presente nas Jornadas **“Um dia em Alcabideche... Saúde Infantil e Juvenil”**, com duração de 7 horas, no dia 14 de julho de 2023, em formato online.

Marta Andrade Fevereiro

Dr^a Marta Fevereiro
Coordenadora da USF Fonte de Água

Anexo V. Certificado de participação no XV Congresso Internacional
de Feridas



Certificado

Para os devidos efeitos, o **Grupo Associativo de Investigação em Feridas** declara que **Ana Isabel Morais Montoito** com o número de CC 14224101 6ZX3 e NISS 11930725229 participou no Evento: XV CONGRESSO INTERNACIONAL DE FERIDAS que decorreu nos dias 11 e 12 de Outubro de 2023, com uma duração total de 20 horas.

Modalidade de Formação: Contínua de Aperfeiçoamento / Área de Formação: 720 – Saúde

Pampilhosa da Serra, 30 de Outubro de 2023

Rosa Maria Linhares Nascimento

Presidente da Direção do GAIF
(Grupo Associativo de Investigação em Feridas)

@
GAIIF

Grupo Associativo de Investigação em Feridas

XV CONGRESSO INTERNACIONAL DE FERIDAS

PARQUE DAS NAÇÕES
HOTEL TIVOLI | LISBOA

11 | 12 OUTUBRO 2023

- Terapia biológica na cicatrização de feridas
- Biofabricação: investigação e translação
- Fatores autólogos
- Feridas em Pediatria
- Quebras cutâneas
- Lesões associadas à humidade: do diagnóstico à intervenção
- Anemia e cicatrização
- O Fisiológico e Patológico
- Lesões do membro inferior: Desafios
- Pé diabético – Guidelines 2023
- A dor e a imagem corporal
- Ferida maligna
- Ostomias
- A dor e a imagem corporal
- Inteligência Artificial nas feridas
- A evidência na prática
- Cirurgia plástica
- Financiamento do tratamento de feridas em Portugal

FERIDAS

ACÇÃO
RESPONSABILIDADE
CICATRIZAÇÃO

PROGRAMA, INSCRIÇÕES E CANDIDATURAS PARA
COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS CIENTÍFICOS EM

WWW.GAIIF.PT

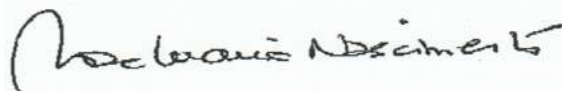
Anexo VI. Certificado de participação no XV Congresso Internacional de Feridas, como autor da comunicação livre com o título “Humidade.... Uma aliada na prevenção de feridas – a experiência da Neonatologia”

Certificado

Para os devidos efeitos, o **Grupo Associativo de Investigação em Feridas** declara que Ana Isabel Morais Montoito com o número de CC 14224101 6ZX3 e NISS 11930725229 participou no Evento: XV CONGRESSO INTERNACIONAL DE FERIDAS que decorreu nos dias 11 e 12 de Outubro de 2023 como autor da comunicação livre com o título “Humidade.... Uma aliada na prevenção de feridas – a experiência da Neonatologia”.

Modalidade de Formação: Contínua de Aperfeiçoamento / **Área de Formação:** 720 – Saúde

Pampilhosa da Serra, 30 de Outubro de 2023



Rosa Maria Linhares Nascimento

Presidente da Direção do GAIF
(Grupo Associativo de Investigação em Feridas)

@
GAIIF

Grupo Associativo de Investigação em Feridas

XV CONGRESSO INTERNACIONAL DE FERIDAS

PARQUE DAS NAÇÕES
HOTEL TIVOLI | LISBOA

11 | 12 OUTUBRO 2023

- Terapia biológica na cicatrização de feridas
- Biofabricação: investigação e translação
- Fatores autólogos
- Feridas em Pediatria
- Quebras cutâneas
- Lesões associadas à humidade: do diagnóstico à intervenção
- Anemia e cicatrização
- O Fisiológico e Patológico
- Lesões do membro inferior: Desafios
- Pé diabético – Guidelines 2023
- A dor e a imagem corporal
- Ferida maligna
- Ostomias
- A dor e a imagem corporal
- Inteligência Artificial nas feridas
- A evidência na prática
- Cirurgia plástica
- Financiamento do tratamento de feridas em Portugal

FERIDAS

ACÇÃO
RESPONSABILIDADE
CICATRIZAÇÃO

PROGRAMA, INSCRIÇÕES E CANDIDATURAS PARA
COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS CIENTIFICOS EM

WWW.GAIIF.PT

Anexo VII. Certificado de participação na Aula Aberta “Diversidade de género em crianças e jovens - que desafios éticos enfrenta o enfermeiro especialista?”

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Montoito participou na Aula Aberta - “Diversidade de género em crianças e jovens- que desafios éticos enfrenta o enfermeiro especialista?”, que decorreu online no dia 10 de janeiro de 2024, com a duração de 3 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo VIII. Certificado de coautoria do artigo intitulado
"Humidade.... Uma aliada na prevenção de feridas – a experiência da
Neonatologia"

DECLARAÇÃO

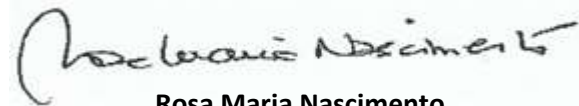
Declara-se para os devidos efeitos que o artigo intitulado "**Humidade.... Uma aliada na prevenção de feridas – a experiência da Neonatologia**" com autoria de Ana Isabel Morais Montoito, Eva Madalena Canha Ferreira, Maria Alice dos Santos Curado, Ana Rita da Conceição Pereira, foi aprovado em novembro de 2023 e encontra-se *no prelo* para publicação no EBOOK: "Feridas: Ação, Responsabilidade e Cicatrização - Perspetivas...", a ser divulgado brevemente.

Por ser verdade, e nos ter sido solicitado, se passa a presente declaração.

Com os melhores cumprimentos,

Pampilhosa da Serra, 22 de março de 2024

O Grupo Associativo de Investigação em Feridas



Rosa Maria Nascimento

(Presidente da Direção do GAIF)

Anexo IX. Certificado de coautoria do artigo intitulado "Um olhar sobre a condição da pele do recém-nascido: Neonatal Skin Condition Score"

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que o artigo intitulado "**Um olhar sobre a condição da pele do recém-nascido: Neonatal Skin Condition Score**" com autoria de Ana Isabel Morais Montoito, Eva Madalena Canha Ferreira, Maria Alice dos Santos Curado, Ana Rita da Conceição Pereira, foi aprovado em novembro de 2023 e encontra-se *no prelo* para publicação no EBOOK: "Feridas: Ação, Responsabilidade e Cicatrização - Perspetivas...", a ser divulgado brevemente.

Por ser verdade, e nos ter sido solicitado, se passa a presente declaração.

Com os melhores cumprimentos,

Pampilhosa da Serra, 22 de março de 2024

O Grupo Associativo de Investigação em Feridas



Rosa Maria Nascimento

(Presidente da Direção do GAIF)