

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**CÓLICA NO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE: PROMOÇÃO DO  
PAPEL PARENTAL DESENVOLVIMENTAL - Projeto de  
desenvolvimento de competências clínicas especializadas na  
área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica -  
Documento Provisório**

**Colic in newborns and infants: promoting the developmental  
parental role - Project to develop specialized clinical skills in the  
area of child and Health Pediatric Nursing - Provisional  
Document**

**Autor**

**Alexandra Sofia Machado Torres**

**Porto, 2025**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

CÓLICA NO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE:  
PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL  
DESENVOLVIMENTAL - Projeto de  
desenvolvimento de competências clínicas  
especializadas na área de enfermagem de  
saúde infantil e pediátrica - Documento  
Provisório

Colic in newborns and infants: promoting the  
developmental parental role - Project to develop  
specialized clinical skills in the area of child and  
Health Pediatric Nursing - Provisional Document

**Orientador(es)**

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

Sandra Rita Pereira Fernandes  
*Professor Adjunto, Doutor*

**Autor**

Alexandra Sofia Machado Torres

**Porto, 2025**



## RESUMO

Este relatório descreve o percurso desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O seu objetivo principal é apresentar uma análise crítica e reflexiva das aprendizagens adquiridas ao longo da formação, assim como a evolução das competências comuns aos enfermeiros especialistas, bem como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A reflexão é fundamentada pela reflexão entre as práticas realizadas e a evidência científica disponível. Para a sua elaboração, foi adotada uma metodologia de trabalho de caráter descritivo, reflexivo e crítico, apoiado na análise de diversas experiências clínicas vivenciadas ao longo do percurso clínico.

No âmbito deste percurso formativo, foram desenvolvidos Estágios de Natureza Profissional em diversos contextos de prática clínica, incluindo Serviço de Internamento de Pediatria, o Serviço de Urgência Pediátrica, as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e os Cuidados de Saúde Primários.

Este relatório foi acompanhado por um projeto focado no desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, tendo como tema "Cólica no Recém-Nascido e Lactente: Promoção do papel parental desenvolvimental". Este projeto permitiu-me aprofundar as competências adquiridas como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com particular ênfase na conceção de cuidados de enfermagem direcionados à criança e à sua família, com destaque para a gestão da cólica.

Considero que o desenvolvimento de competências é um processo contínuo e dinâmico, que vai além do Estágio de Natureza Profissional e do próprio curso. Este percurso representou um marco importante na minha formação académica e profissional, proporcionando-me a oportunidade de adquirir um conjunto de ferramentas que, certamente, serão cruciais para o meu futuro exercício profissional, e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados que vou oferecer às crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem; Ensino Clínico; Saúde Infantil e Pediátrica; Cólica.



## ABSTRACT

This report describes the path developed under the masters degree in child and pediatric health nursing at the escola superior de enfermagem do Porto. Its main objective is to present a critical and reflective analysis of the learning acquired throughout the training, as well as the evolution of the skills common to specialist nurses, as well as the specific skills of the specialist nurse in child and pediatric health nursing. The reflection is based on the reflection between the practices carried out and the available scientific evidence. For this elaboration, a descriptive, reflective and critical work methodology was adopted, supported by the analysis of several clinical experiences experienced throughout the clinical course.

Within the scope of this training course, professional internships were developed in various contexts of clinical practice, including pediatric hospitalization service, pediatric emergency service, newborn period intensive care units and primary health care.

This report was followed by a project focused on the development of specialized clinical skills in the area of nursing in child and pediatric health, with the theme "Colic in the newborn and infant: promotion of the developmental parental role". This project allowed me to deepen the skills acquired as a specialist nurse in child and pediatric health nursing, with particular emphasis on the elaboration and registration of nursing care directed to the child and his family, with emphasis on the treatment of colic management.

I believe that the development of skills is a continuous and dynamic process, which goes beyond the Professional Nature Internship and the course itself. This path represented an important achievement in my academic and professional training, giving me the opportunity to acquire a set of tools that will certainly be crucial for my future professional practice, and also, for the improvement of the quality of care that I will offer to children and their families.

Keywords: Skills; Nursing; Clinical Teaching; Child and Pediatric Health; Colic.





## CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

MESIP – Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization



## ÍNDICE

|                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| RESUMO .....                                                                        | 3   |
| ABSTRACT .....                                                                      | 5   |
| CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....                                             | 7   |
| 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....                                                    | 11  |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....                                | 29  |
| 3. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....                    | 39  |
| 3.1. Enquadramento teórico .....                                                    | 39  |
| 3.2. Clientes .....                                                                 | 47  |
| 3.3. Medicação .....                                                                | 48  |
| 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita ..... | 48  |
| 3.4. Domínios .....                                                                 | 49  |
| 3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....             | 49  |
| 3.5. Conceção de Cuidados .....                                                     | 51  |
| 3.6. Especificação das intervenções .....                                           | 57  |
| 3.7. Síntese relativa ao caso .....                                                 | 62  |
| 4. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS .....       | 71  |
| 4.1. Enquadramento teórico .....                                                    | 71  |
| 4.2. Clientes .....                                                                 | 78  |
| 4.3. Medicação .....                                                                | 78  |
| 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita ..... | 78  |
| 4.4. Domínios .....                                                                 | 79  |
| 4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....             | 79  |
| 4.5. Conceção de Cuidados .....                                                     | 83  |
| 4.6. Especificação das intervenções .....                                           | 89  |
| 4.7. Síntese relativa ao caso .....                                                 | 92  |
| 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....                       | 99  |
| 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....                                                 | 133 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                                 | 137 |



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A evolução constante da área da enfermagem exige uma formação especializada e um compromisso com a excelência na prática clínica. Neste contexto, o presente relatório visa documentar o desenvolvimento e a consolidação das competências adquiridas ao longo do percurso académico no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Além disso, este documento reflete o processo de formação de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), de acordo com os Regulamentos nº 140/2019 e nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel fundamental na formação de profissionais altamente qualificados, dotados de conhecimentos e competências necessárias para enfrentar desafios crescentes na assistência à criança e aos pais. A complexidade das condições clínicas, a diversidade de contextos e as necessidades específicas das crianças e suas famílias exigem uma abordagem holística, centrada na humanização dos cuidados, na segurança do paciente e na base científica da prática (OE, 2019).

As competências adquiridas durante o curso resultam de um currículo estruturado de forma multidisciplinar, combinando o rigor académico com experiências práticas diversificadas em contexto clínico. A exposição a cenários reais de intervenção permitiu o desenvolvimento de capacidades essenciais, como a avaliação clínica precisa, a gestão de situações complexas, a tomada de decisão fundamentada e a interação eficaz com crianças, pais e equipas multidisciplinares.

Neste relatório, são exploradas as principais áreas de competência desenvolvidas ao longo do mestrado, com particular ênfase na prática clínica, na gestão de cuidados e na comunicação interpessoal. A discussão destes domínios tem por base a aquisição de conhecimentos obtidos durante os estágios e os estudos de caso realizados, ilustrando o percurso de aprendizagem e a preparação para uma carreira especializada no cuidado em saúde infantil e em pediatria. Desta forma, este documento visa descrever e refletir sobre as experiências vividas e demonstrar o impacto da formação especializada na prática profissional, contribuindo para cuidados de enfermagem mais qualificados, seguros e eficazes na área de saúde infantil e pediátrica, para posterior submissão a defesa pública e, consequentemente, obtenção do grau de mestre e o título de especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Na prestação de cuidados explanada neste relatório, no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo sobre a mesma e na conceção de cuidados dos casos clínicos analisados, existiram conceitos e teorias que se mostraram transversais. Neste âmbito, a seguir, são

referidos aqueles que se mostraram centrais em todos os estágios realizados e enforma todos os enquadramentos teóricos dos estudos de caso apresentados neste relatório.

### **O Desenvolvimento Humano da Criança e do Adolescente**

As crianças representam todo o futuro e o seu desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo representa uma prioridade (WHO, 2013).

O desenvolvimento infantil constitui-se como uma etapa fundamental no processo de desenvolvimento humano, sendo uma vivência única para cada criança, cujo objetivo é a sua integração na sociedade. Este processo manifesta-se por uma continuidade e transformação nas capacidades motoras, cognitivas, psicossociais e linguísticas, com aquisições progressivamente mais complexas. O período pré-natal e os primeiros anos de vida formam a base deste desenvolvimento, que é o resultado da interação entre as características biopsicológicas, herdadas geneticamente e as experiências proporcionadas pelo ambiente. O cuidado atento às necessidades de desenvolvimento da criança, permitem que esta alcance o seu potencial máximo em cada etapa de crescimento, o que, a longo prazo, terá repercussões positivas no seu desenvolvimento (Souza, 2014).

O desenvolvimento infantil constitui um processo contínuo e dinâmico, caracterizado pela progressiva aquisição de competências e capacidades que se estende ao longo de toda a vida. Este percurso permite que a criança, de forma gradual e integrada, construa as habilidades necessárias para enfrentar e realizar com sucesso as tarefas evolutivas correspondentes a cada etapa do seu crescimento. Estas competências englobam diversos domínios, como o cognitivo, o motor, o emocional e o social e possibilitam uma adaptação eficaz aos desafios próprios de cada fase. Contudo, este desenvolvimento também é influenciado por vários fatores, desde hereditários, aos psicológicos, biológicos e sociais (Papalia & Martorell, 2015).

Há dois grandes marcos no desenvolvimento: o desenvolvimento físico e o desenvolvimento cognitivo. Nas primeiras etapas da vida, o desenvolvimento físico manifesta-se por grandes marcos a nível motor, um crescimento físico acelerado e o desenvolvimento sensorial. Em simultâneo, dá-se uma evolução cognitiva, que engloba a aquisição da linguagem, muito impulsionada pelos estímulos ambientais e pelas interações sociais. Emocionalmente, desenvolve-se a capacidade de gerir emoções e socialmente aprende-se a interagir com as normas do contexto cultural (Papalia & Martorell, 2015).

Para entender a forma como o desenvolvimento acontece, foram criadas teorias que, não servem apenas para explicar as mudanças que ocorrem durante a infância, mas também para guiar pais e profissionais na promoção de um ambiente que apoie um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Antes da existência de teorias que explicam o processo desenvolvimental, este era visto de uma forma limitada, sendo frequentemente considerado apenas como uma fase que antecipava a vida adulta (Crain, 2015).

As teorias do desenvolvimento infantil, nomeadamente as de Jean Piaget, Sigmond Freud e Erik Erikson, oferecem perspectivas importantes sobre as fases do desenvolvimento e os processos nele envolvidos. Estas teorias sublinham o papel do ambiente, das experiências e das relações na formação e aquisição de competências e identidade. Além disso, cada teoria, reconhece a criança como única, com ritmo de de aprendizagem próprio, exigindo uma abordagem sensível e individualizada.

#### O desenvolvimento Cognitivo por Jean Piaget

Jean Piaget, psicólogo e epistemólogo suíço, ficou amplamente reconhecido pelo seu estudo do desenvolvimento cognitivo infantil, durante o século XX, revolucionando a compreensão de como as crianças aprendem e constroem conhecimento sobre o que as rodeia. Segundo Piaget, o desenvolvimento cognitivo é processado através de uma sucessão ordenada de estádios, caracterizados por conquistas cognitivas específicas, que permitem à criança resolver determinados problemas e compreender o mundo de maneira cada vez mais complexa (Crowe & McLeod, 2020). Para este autor, o comportamento é algo inato para uma adaptação ao meio envolvente. Piaget pode ser considerado um dos precursores da revolução cognitiva, conferindo importância aos processos mentais na explicação do desenvolvimento humano. A sua perspectiva inovadora destacou a criança como um agente ativo no seu próprio processo de aprendizagem e de desenvolvimento, dotada de impulsos internos que a motivam a explorar o ambiente e a construir significado a partir das suas experiências. Assim, o desenvolvimento cognitivo emerge como o resultado direto do esforço ativo da criança para interpretar o mundo e adaptar-se a ele de forma progressivamente (Papalia & Martorell, 2015).

Segundo Piaget (1952), as crianças são agentes ativos no seu próprio processo de aprendizagem e constroem conhecimento através das interações com o meio envolvente. Identificou quatro estádios principais no desenvolvimento cognitivo:

- Estádio sensório-motor, do nascimento aos 2 anos de idade: o pensamento da criança baseia-se nas suas experiências sensoriais e nas ações motoras. Começam a aprender através de reflexos, exploração e interação direta com o ambiente e desenvolvem o conceito de permanência do objeto, ou seja, a compreensão de que os objetos continuam a existir, mesmo quando não estão visíveis (Schirmann et al, 2019).

Este estádio integra sub-estádios importantes, tais como: entre os 0 dias de vida e o 1º mês, surgem o uso dos reflexos, dão-se respostas automáticas como o sugar e o agarrar. Entre 1º e o 4º mês de vida, acontecem as reações circulares primárias, em que começam a surgir a repetição de ações simples relacionadas com o corpo. Entre o 4º mês e o 8º mês de vida, acontecem as reações circulares secundárias, em que surgem as interações com objetos externos, como balançar um brinquedo. Entre o 8º e o 12º mês de vida, dá-se a coordenação de esquemas secundários, em que surgem os comportamentos intencionais para atingir objetivos, como puxar uma manta para alcançar um brinquedo. Entre o 12º e o 18º mês de vida, existem

reações circulares terciárias, em que experimenta diferentes formas de obter o mesmo resultado e, por fim, entre o 18º e 24º mês de vida, surge a capacidade de representação simbólica e pensamento prévio à ação, permitindo que a imitação diferida e a resolução (Lourenço, 2016).

- Estádio Pré-Operatório, dos 2 aos 7 anos de idade: a criança começa a classificar os objetos através do uso de simbologia e dá uso a uma lógica simples. Começa a surgir a capacidade de usar símbolos, como as palavras e as imagens, para representar os objetos e as suas ideias. O pensamento ainda é egocêntrico, ou seja, a criança tem dificuldades em compreender perspectivas que sejam diferentes da sua. Existe uma limitação na lógica: as crianças não conseguem realizar operações mentais complexas, como a reversibilidade, ou seja, não conseguem voltar mentalmente a um estado anterior (Schirrmann et al, 2019).

- Estádio Operatório Concreto, dos 7 aos 11 anos: dá-se início às operações mentais. Começam a desenvolver a capacidade de realizar operações mentais lógicas, mas apenas com objetos concretos e situações tangíveis. Tornam-se menos egocêntricas, conseguindo ver as coisas sob perspectivas diferentes. Desenvolvem o conceito da conservação, ou seja, compreensão de que as propriedades de um objeto, como o volume e quantidade, permanecem inalteradas (Schirrmann et al, 2019).

- Estádio Operatório Formal, a partir dos 12 anos de idade: surge uma organização de ideias, de eventos e de objetos, conseguindo-se um pensamento dedutivo sobre o mesmo. Começam a conseguir pensar abstratamente e a raciocinar logicamente sobre ideias e sobre hipóteses. Surge o pensamento hipotético-dedutivo, permitindo-lhes formular e testar hipóteses de forma sistemática (Schirrmann et al, 2019).

Um dos conceitos centrais da teoria de Piaget é o de esquema, que representa as estruturas cognitivas básicas que as crianças utilizam para organizar e interpretar informações. Através de processos de assimilação e acomodação, os esquemas são continuamente ajustados e expandidos à medida que as crianças interagem com novas experiências e desafios. Este processo de adaptação é essencial para o crescimento cognitivo e é impulsionado por um estado de desequilíbrio cognitivo, que motiva as crianças a resolver discrepâncias entre o que já sabem e o que estão a descobrir. Esta teoria sublinha a importância de respeitar os ritmos individuais das crianças e de criar ambientes de aprendizagem que fomentem a curiosidade e o pensamento crítico (Lourenço, 2016).

#### O Desenvolvimento Social e Emocional por Erik Erikson

Há medida que ocorre o desenvolvimento cognitivo, concomitantemente, ocorre o desenvolvimento de conceitos sobre si próprio e do seu controlo emocional. Os seres humanos, enquanto seres sociais, dependem da capacidade de reconhecer, compreender e regular, não apenas as suas próprias emoções, mas também as emoções expressas pelos outros. Esta



competência emocional é fundamental para a construção de relações interpessoais saudáveis e para uma integração eficaz nos contextos sociais. Importa distinguir entre as emoções primárias ou básicas — como a alegria, o medo ou a tristeza —, que emergem de forma quase universal e automática em resposta a estímulos específicos e as emoções ditas morais - como a vergonha, a culpa ou o orgulho. Estas últimas são moldadas pelas interações sociais e pelo reconhecimento das normas culturais e sociais que regulam o comportamento. As emoções morais surgem, portanto, quando o indivíduo avalia as suas ações à luz de padrões sociais, sejam eles explícitos ou estabelecidos, funcionando como mecanismos internos de orientação e controlo comportamental no seio da vida em sociedade (Leite & Silva, 2019).

Erik Erikson, desenvolveu a teoria do desenvolvimento psicossocial, propondo que o percurso de vida dos indivíduos é estruturado em oito estádios sucessivos, cada um marcado por um conflito ou dilema central, que necessita ser compreendido e resolvido de forma adequada. Estes conflitos não devem ser vistos como obstáculos, mas sim como desafios que oferecem oportunidades para o crescimento pessoal e para a construção de uma identidade sólida. A forma como se ultrapassa cada estágio, determina significativamente o bem-estar emocional, a qualidade das relações e o equilíbrio psicológico ao longo da vida. A resolução positiva de cada estágio contribui para um desenvolvimento harmonioso, enquanto as dificuldades podem resultar em fragilidades que influenciam os estádios subsequentes. (Crain, 2015).

Segundo Berk (2022), com base no que propôs Erik Erikson, os estágios de desenvolvimento são:

- Confiança Vs. Desconfiança, estágio que dura entre os 0 dias de vida ao 1º ano: neste estágio, os bebés desenvolvem uma sensação de confiança no mundo, especialmente nas figuras de cuidados, com base na consistência e qualidade de cuidados recebidos. Os cuidados adequados levam à confiança, por outro lado, a negligência ou a inconsistência nos cuidados, levam à desconfiança;
- Autonomia Vs. Vergonha e dúvida, estágio que varia entre o 1º e o 3º ano de vida: a criança começa a explorar o mundo e a ganhar autonomia, como aprender a andar e a controlar os esfíncteres. Se encorajada e apoiada, desenvolve autoconfiança, se envergonhada ou supercontrolada, pode desenvolver dúvidas sobre as suas capacidades;
- Iniciativa Vs. Culpa, estágio que dura entre o 3º ao 6º ano de vida: começam a demonstrar iniciativa, explorando e planeando atividades. O incentivo promove a liderança e a tomada de decisões, enquanto as críticas severas ou as restrições podem levar à culpa e hesitação;
- Indústria Vs. Inferioridade, estágio que dura entre 6º ano e o 12º ano de vida: as crianças concentram-se em realizar tarefas e a desenvolver competências. Se têm sucesso nas atividades escolares ou sociais, atingem uma sensação de competência, mas o fracasso sucessivo ou críticas constantes podem gerar um sentimento de inferioridade.

- Identidade Vs. Confusão de identidade, estágio que dura entre o 12º ano e o 18º ano de vida: a adolescência é marcada pelo encontro da identidade própria. Explorar diferentes papéis sociais e valores ajuda a formar uma identidade sólida, mas a exploração ou pressão externa pode levar a uma confusão da identidade.

Com base apenas no desenvolvimento infantil, este último é o último estágio relevante, terminando aos 18 anos, contudo, Erikson descreve estágios de desenvolvimento até aos 65 anos, perspectivando que o desenvolvimento acontece durante toda a vida.

Assim, é defendido e destacado o papel das relações sociais e culturais na construção do desenvolvimento humano, identificando os desafios de cada fase e como estas podem influenciar a personalidade e a forma como as crianças se começam a relacionar com os outros.

#### Teoria do Desenvolvimento Psicosssexual por Sigmund Freud

Freud, acreditava que o desenvolvimento da personalidade ocorre através de cinco estágios psicosssexuais, cada um associado a uma zona erógena específica e a um conflito a ser resolvido. Se a criança não superar adequadamente um estágio, pode desenvolver fixações e conflitos, que afetarão a sua personalidade adulta. Segundo o proposto por Freud, citado por McLeod (2020), este explica que os estágios são:

- Estádio oral, durante o 1º ano de vida: a zona erógena é a boca, usada para sucção, mastigação e para morder. Nesta fase, o prazer está associado à amamentação, à sucção do dedo e exploração oral do ambiente. Se as necessidades orais forem satisfeitas de forma adequada, a criança desenvolve confiança no ambiente e uma relação saudável com o alimento e com o carinho. Mas, se houver privações ou excesso de estimulação oral, podem surgir traços tóxicos como dependência, necessidades excessivas de apoio ou vício (tabagismo, compulsão alimentar).

- Estádio anal, entre o 1º e 3º ano de vida: a zona erógena é o ânus, local por onde se dá a expulsão e/ou a retenção de fezes. Durante o treino do controlo dos esfíncteres, a criança experiencia reter ou expelir as fezes. Se o treino for equilibrado, a criança desenvolve autonomia, autodisciplina e um senso de controlo sobre o ambiente. Aqui, a educação é comparada à atividade: se educação muito rígida, identifica-se uma personalidade anal de retenção – perfeccionismo, ordem, controlo, avareza, mas se uma educação mais permissiva, comparada a uma personalidade anal expulsiva – desorganização, rebeldia, desleixo.

- Estádio fálico, entre o 3º e o 6º ano de vida: a zona erógena são os genitais. A criança começa a descobrir as diferenças entre os sexos e começa a desenvolver sentimentos em relação ao progenitor do sexo oposto. São descritos conflitos distintos para o sexo masculino e sexo feminino.

O complexo de Édipo, acontece nos meninos: a criança sente atração pela mãe e vê o pai como

um potencial rival, enquanto teme ser castigada por isto. A resolução saudável deste conflito dá-se quando o menino se identifica com o pai e assume os valores masculinos (Santos & Dacorso, 2020).

O complexo de Electra, acontece nas meninas: sentem uma ligação forte com o pai, mas vê a mãe como rival, enquanto se identifica mais com a mãe e identifica e adota comportamentos femininos. Quando o conflito não é resolvido, podem surgir problemas de identidade sexual, dificuldades em estabelecer relações saudáveis ou necessidade excessiva de sedução e validação (Santos & Dacorso, 2020)

- Estádio de Latência, entre o 6º e 12º ano de vida: nesta fase, não se considera nenhuma zona erógena, a libido da criança encontra-se adormecida. A energia da criança é canalizada para atividades sociais e culturais, afastando-se temporariamente o foco sexual. A criança aprende competências sociais, morais e cognitivas, preparando-se para a vida adulta. As principais dificuldades que encontra podem resultar em timidez extrema, isolamento social ou falta de confiança nas interações.

- Estádio Genital, a partir do 12º ano de vida em diante: a zona erógena são os genitais, mas aqui considerados com maturidade sexual. A libido é direcionada para relacionamentos amorosos e para a construção de identidade adulta. Se os estádios anteriores foram resolvidos adequadamente, o indivíduo desenvolve relações afetivas saudáveis e com maturidade emocional. Mas, se os problemas em estádios anteriores não foram resolvidos de forma adequada, a criança pode ter dificuldades emocionais, insegurança em relacionamentos e instabilidade sexual.

Desta forma, Freud defendia que o desenvolvimento infantil é impulsionado pelo prazer e pela procura de satisfação. Os conflitos identificados em cada estágio, devem ser resolvidos, de modo que não se tornem fixações que influenciarão a vida adulta (Vinicius, 2016). Importa referir que a teoria de Freud gera controvérsias, dada a ênfase excessiva colocada na sexualidade infantil. Freud, atribui um papel central às pulsões sexuais no desenvolvimento da personalidade e esta visão é facilmente alvo de críticas. Pode considerar-se que Freud sobrevalorizou a importância da sexualidade precoce na formação da personalidade, em detrimento de outros fatores igualmente relevantes, como os sociais e culturais, além do mais os comportamentos são amplamente determinados por desejos e conflitos inconscientes, minimizando a autonomia do indivíduo e a sua capacidade de agir de forma mais racional e consciente (Silva, Figueiredo & Zuliani, 2011).

Assim, as teorias de Jean Piaget, Erik Erikson e Sigmund Freud desempenham diferentes papéis fundamentais no entendimento do desenvolvimento infantil. Oferecem diferentes perspetivas sobre a formação da personalidade, das capacidades cognitivas e da interação social. E, embora, cada teoria tenha uma abordagem única, partilham entre elas o interesse em compreender o desenvolvimento de cada indivíduo e como estes se adaptam às exigências do

ambiente em que se inserem (Berk, 2022).

Sob forma de síntese, Freud ajuda a estabelecer a importância dos primeiros anos de vida e das dinâmicas familiares para o desenvolvimento da personalidade. Erikson, mostra como a resolução de problemas sociais e emocionais podem levar a um crescimento psicológico contínuo e Piaget, traz a compreensão profunda de como as crianças pensam e aprendem (Berk, 2022).

### **A Teoria das Transições por Afaf Meleis**

De acordo com Meleis (2010), o conceito de transição refere-se ao percurso que conduz o indivíduo de um estado relativamente estável para outro, igualmente caracterizado pela estabilidade, mas transformado pela experiência da mudança. Este é um processo que não ocorre de forma linear, podendo ser impulsionado por acontecimentos significativos e momentos críticos que introduzem as novas dinâmicas na vida do indivíduo. Ao longo da transição, dão-se pontos de viragem e marcos importantes que assinalam progressos ou desafios a ultrapassar. E é este fenómeno que implica transformações profundas, tanto nas relações interpessoais como nas expectativas pessoais e nas competências necessárias para lidar com a nova realidade. Uma adaptação bem-sucedida a este processo exige, não apenas integração das alterações externas, mas também uma reconstrução interna do sentido de si mesmo em coerência com o contexto social envolvente (Soares et al, 2022).

Conforme descrito por Meleis (2010), a experiência de transição implica uma transformação significativa, que abrange múltiplas dimensões da vida do indivíduo, incluindo a sua saúde, as relações interpessoais, as expectativas face ao futuro e um conjunto de competências necessárias para enfrentar novos desafios. Durante este processo, é frequente ocorrer uma rutura, ainda que temporária, com as redes sociais habituais ou com os grupos previamente estabelecidos, podendo causar uma sensação de vulnerabilidade. Assim, torna-se fundamental que o indivíduo em processo de transição desenvolva estratégias adaptativas e eficazes como a assimilação de conhecimentos, modificação de padrões de comportamento e redefinição do seu lugar social e das suas necessidades emergentes (Meleis, 2010).

A teoria das transições engloba diversos elementos que permitem a compreensão das dinâmicas e das mudanças vivenciadas. A transição é composta pela sua natureza, onde se englobam os tipos, os padrões e as propriedades, pelas condicionantes facilitadoras e inibidoras, que englobam fatores pessoais, comunitários e sociais, pelos padrões de resposta, que envolvem indicadores de processo e de resultado e, por fim, as terapêuticas de enfermagem, direcionadas a apoiar o indivíduo na adaptação à transição, promovendo o bem-estar e a saúde durante esse processo. O processo de transição é marcado pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões, o que resulta em significados diversos, definidos pela perceção individual de cada indivíduo (Guimarães & Silva, 2016).

Quanto à natureza, Meleis (2010), identificou quatro tipos de diferentes transições: a desenvolvimental, relacionadas com mudanças no ciclo de vida, como por exemplo, o tornar-se mãe e/ou pai; a situacional, associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis, como a mudança para um novo emprego; a saúde/doença, quando ocorre a mudança do estado de bem-estar para o estado de doença, como a descoberta de doença crónica, a recuperação após um acidente vascular cerebral; a organizacional, relacionadas com mudanças no ambiente, mudanças sociais, políticas e económicas, por exemplo, reestruturação numa empresa, eleições ou reestruturação da comunidade.

Após a identificação do tipo de transição, é importante perceber o seu padrão que pode ser simples, quando há uma transição única ou múltipla, quando há mais do que uma transição a decorrer. E, quando múltipla, estas podem ser sequenciais, se ocorrem em intervalos de tempo distintos ou simultâneas, se ocorrem ao mesmo tempo. As transições podem ainda ser relacionadas ou não relacionadas (Meleis & Shumaker, 2010).

As transições são complexas e multidimensionais, possuindo propriedades que caracterizam a experiência da transição como a: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos.

Segundo Guimarães & Silva (2016), as propriedades das transições são:

A consciencialização, refere-se ao grau de perceção que se tem sobre a transição que se está a vivenciar. Pode variar de um estado de total consciencialização, quando o indivíduo reconhece a mudança e prepara-se para esta, a um estado de ausência de consciencialização, quando não se apercebe ou resiste à transição.

- O envolvimento, tem que ver com o envolvimento e a participação ativa do indivíduo no processo de transição. Isto é, há empenho quando se tomam medidas para se adaptar à nova realidade, procuram-se informação e recursos e envolvem-se em ações para facilitar a mudança. Por exemplo, na aquisição do papel de mãe e/pai, procura informação adequada.

- A mudança e diferença, implica que se perceba que a transição acarreta sempre uma mudança, que pode ser interna, a nível emocional ou psicológica, ou externa, a nível físico ou social. Estas mudanças levam a uma diferença na identidade, nos papéis sociais, na forma como a pessoa se relaciona consigo mesma e com os outros. Por exemplo, o tornar-se mãe e/ou pai, marca a forma concreta de que, a realidade anterior de seres individuais já não existe e é necessário reconhecer que há mudança na rotina e nos hábitos para satisfazer as necessidades da criança (Guimarães & Silva, 2016).

- O espaço temporal da transição, significa que a transição não ocorre num momento específico, mas sim ao longo do tempo. Pode ter uma fase inicial, de preparação, um período de maior intensidade, quando ocorrem e se começam a notar mudanças significativas e uma fase final, quando a nova realidade é incorporada e estabilizada (Sá, 2015).

- Os eventos e/ou pontos críticos, dizem respeito a momentos-chave que podem acelerar ou dificultar a adaptação. Estes eventos podem ser positivos, como receber apoio, encontrar confiança num profissional ou negativos, como uma perda significativa durante este processo (Sá, 2015).

Segundo Silva & Pedreira (2016), para compreender a forma como cada indivíduo vivencia a transição, é necessário considerar os condicionantes, que podem ser pessoais, da comunidade e da sociedade, condicionantes estes que podem facilitar ou dificultar o processo de transição. Quanto aos condicionantes pessoais, consideram-se: os significados, que podem ser neutros, positivos ou negativos, atribuídos aos eventos relacionados com a transição; as crenças e atitudes culturais; o status socioeconómico, que quanto mais baixo, mais torna a transição vulnerável e pode dificultá-la; a preparação e o conhecimento prévio facilitam a vivência da transição, o que significa que a falta de preparação e de conhecimento podem ser inibidores de uma transição saudável.

As condições da comunidade e da sociedade, como existência de apoios sociais ou recursos instrumentais, também podem facilitar ou dificultar a transição (Silva & Pedreira, 2016).

Mas, para a transição se dar de uma forma saudável, é necessário que se entendam os padrões de resposta do indivíduo ao processo, através dos indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo permitem identificar se o indivíduo que está a vivenciar a transição, se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou por outro lado, na direção da vulnerabilidade e de risco. Dentro dos indicadores de processo encontram-se: o sentir-se ligado; o interagir com a finalidade de clarificar e ajustar comportamentos; o estar situado, no tempo, espaço e relações, possibilitando a superação de novos desafios; confiança e coping, que se manifestam pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à mudança, com utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para aquisição de confiança (Sousa & Novo, 2020).

Os indicadores de resultado, referem-se à maestria, ou seja, o domínio de novas competências, e à integração fluída da identidade, ou seja, a incorporação da nova identidade de forma fluída e dinâmica no dia-a-dia (Sousa & Novo, 2020).

Após a compreensão do processo de transição e perspetivando uma transição saudável, a enfermagem assume um papel central. Para alcançar um processo de transição saudável, orientado para a promoção de um cuidado de enfermagem humanizado, é fundamental que o enfermeiro compreenda o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo ou família ao longo do seu ciclo vital, reconhecendo as diferentes fases e os desafios associados a cada uma delas. É fundamental que o enfermeiro esteja ciente das dificuldades específicas que podem surgir em cada etapa do processo de transição, de forma a intervir adequadamente e de forma personalizada, considerando sempre necessidades físicas, emocionais e sociais. As intervenções terapêuticas de enfermagem devem ser entendidas como uma ação contínua ao longo do processo de transição, com o objetivo de promover a capacitação do indivíduo ou família. Estas

intervenções visam desencadear respostas positivas e eficazes, facilitando a adaptação e a integração da transição de forma saudável. O propósito central desta ação é restabelecer o bem-estar, proporcionando o suporte necessário para enfrentar os desafios impostos, com um cuidado focado no desenvolvimento integral e nas necessidades específicas de cada pessoa ou de cada grupo (Zagonel, 2016).

### **A Transição para a Parentalidade**

O nascimento de um filho, inicia uma nova fase de transição do ciclo vital da família, que passa de conjugal a parental e acarreta alterações dos papéis sociais do casal, com a necessidade de redefinir e reorganizar projetos de vida, a nível de identidades, de papéis e de funções (Rebeca, 2013).

A parentalidade marca a passagem para uma nova fase no ciclo da vida. Mesmo sendo um acontecimento tido como normal, comum e habitualmente esperado e desejado, é uma das mais intensas transições (Martins & Figueiredo, 2017). A chegada de um filho traz uma grande mudança na vida de um casal, levando a alterações na vida pessoal, conjugal, social e profissional, sendo que esta transição pode ser planeada e desejada ou, pelo contrário, ser alheia à vontade do casal.

A transição para a parentalidade é uma das mais comuns e estudadas transições desenvolvimentais com que as famílias se confrontam ao longo da sua existência (Schumacher & Meleis, 2010). Tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica, porque é permanente e tem implicações não só na saúde dos pais, como também na saúde e no desenvolvimento da criança (Silva, 2017). Esta transição compreende um período da vida e envolve o ciclo vital. A parentalidade implica a redefinição de papéis. Decorre num período variável e implica o envolvimento e a passagem de um estado para o outro. Ocorre a mudança para o papel de pais, que agora passam a relacionar-se de um modo diferente, assumindo uma nova identidade social, perante a qual são esperados comportamentos ajustados às necessidades da criança (Varela, 2013).

Tendo por base o que nos diz a teoria das transições, a transição para a parentalidade envolve a relação e o contacto direto no cuidado à criança, bem como a capacitação do pai e mãe por parte de outrem, com o objetivo de promover o crescimento e a transformação dos mesmos em tornar-se pais. Esta é uma transição intensa, de participação contínua.

Há então condições que podem facilitar e/ou dificultar a vivência desta transição: o significado atribuído à parentalidade, as crenças e atitudes, o estatuto socioeconómico, e a preparação e conhecimento sobre este processo.

A comunidade e a sociedade em que se inserem, também podem facilitar ou dificultar esta transição. O suporte familiar, os modelos que os pais poderão ou não possuir, como a rede de apoio, o nível socio-educacional e cultural. A sociedade espera que os pais cuidem dos filhos,



providenciando cuidado e respondendo às necessidades destes (Soares, 2008).

Segundo Chora (2019), de uma forma geral, a parentalidade tem como função a satisfação das necessidades básicas da criança, a criação de um ambiente físico e organizado, que favoreça o desenvolvimento, a compreensão da realidade extrafamiliar, assim como a satisfação das necessidades de afeto, confiança, segurança e interação social. Os pais devem ser capazes de oferecer respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, que exigem adaptação e reorganização contínua.

O papel do enfermeiro torna-se aqui fundamental, sendo este o cuidador principal do cliente e/ou família, por estar atento às suas necessidades e às mudanças que as transições trazem às suas vidas. Assim, podem prepará-los para melhor lidar com esta transição, através da aprendizagem e incorporação de novas competências (Meleis, 2010).

O papel do enfermeiro na transição para a parentalidade, segundo Afaf Meleis (2010), centra-se na facilitação do processo adaptativo, promovendo o bem-estar dos pais a esta nova fase da vida. A transição implica mudanças significativas a nível físico, emocional, social e relacional, exigindo do enfermeiro uma abordagem holística e individualizada.

Para apoiar os pais, o enfermeiro implementa diversas terapêuticas de enfermagem, que ao serem incorporadas no quotidiano do papel parental, reduzem a incerteza e fortalecem a autoconfiança (Reticena et al., 2022). Assim, como terapêutica de enfermagem, a resposta eficaz à transição passa por intervenções que promovam adaptação positiva e reduzam os impactos negativos. Entre as várias intervenções, surgem a literacia e a informoterapia, que podem desenvolver um papel central.

De acordo com a DGS (2023), a literacia em saúde consiste num conjunto de conhecimentos e competências pessoais que permitem às pessoas acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem a informação e os serviços de saúde, de forma a manterem a sua saúde e o seu bem-estar e dos que as rodeiam. Nela está incluída a capacidade de avaliar de forma crítica as informações em saúde encontradas, sendo essencial para a tomada de decisão informada. O objetivo maior da literacia em saúde é empoderar as pessoas para tomarem decisões acerca da sua própria saúde e promover o seu envolvimento em ações de promoção da saúde coletiva (WHO, 2021).

A informoterapia é uma abordagem terapêutica baseada na utilização da informação estruturada como um recurso essencial para a promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida (Motta & Issi, 2017). Pode ser definida como a utilização da informação como recurso terapêutico, fornecendo conhecimento estruturado, cientificamente validado e adaptados às necessidades específicas. Esta abordagem fundamenta-se na premissa de que o conhecimento empodera, facilitando a adaptação a novas condições de saúde (Padilha, Sousa & Pereira, 2012). Entende-se ainda que, a informoterapia consiste na transmissão da



informação certa, para a pessoa certa e na hora certa.

O potencial associado à informoterapia deriva, principalmente do facto de esta incrementar melhores tomadas de decisão e autogestão. O conceito de informoterapia, é um poderoso instrumento de apoio à vivência da transição, satisfazendo as necessidades no âmbito da informação, fundamentais para uma adaptação saudável (Magalhães, 2013).

Desta forma, o EESIP deve investir no desenvolvimento da criança, no sentido de fornecer orientações corretas e ajustadas aos pais, para que seja facilitada a compreensão das necessidades das crianças/jovens e para que as suas decisões correspondam à satisfação das necessidades e dos interesses das crianças e jovens. Ao atuar no acompanhamento da díade criança-família, há o desenvolvimento do conhecimento profundo desta, sendo desde aí possível o conhecimento das necessidades, possibilitando uma compreensão alargada.

### **Modelo de Parceria de Cuidados por Anne Casey**

A doença e a hospitalização são eventos críticos para as famílias, causando sofrimento e, por vezes, dificultando ainda mais a adaptação à parentalidade. Contudo, os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, porque conhecem as suas singularidades e necessidades e ocupam um lugar privilegiado para potenciar o seu crescimento e desenvolvimento, sendo capazes de prestar cuidados em forma de proteção e afeto (OE, 2015; Casey, 1993). Assim, informar os pais sobre os passos a efetuar e envolvê-los nas tomadas de decisão, é considerado um processo ético e para que este processo se construa, é fundamental a construção de uma interação entre os pais e o enfermeiro pediátrico (OE, 2015a).

Casey, em 1993, criou um modelo de cuidados para aplicação no âmbito da prestação de cuidados pediátricos. O modelo de parceria de cuidados de Casey (1993), reconhece os pais como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, preconizando desta forma uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e a família, com o objetivo de integrar a família nos cuidados prestados à criança/jovem (Silva, 2019). A aplicação deste modelo pretende a diminuição de sentimentos negativos e a maximização dos benefícios associados à hospitalização, bem como promoção do conforto e o apoio total da criança/jovem e família (Hockenberry & Wilson, 2021).

O modelo teórico engloba cinco conceitos centrais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico.

A criança é o elo principal, está no centro dos cuidados e as suas necessidades devem ser sempre satisfeitas, adequando os cuidados prestados ao estadio de desenvolvimento em que se encontra, com o objetivo major de promover a sua independência. A saúde, que deveria estar sempre presente, considerada o estado ideal de bem-estar, permitindo um desenvolvimento adequado. O ambiente, visto como um fator que influencia a forma como a criança se desenvolve, devendo por isso ser constituído por amor e proteção. A família, considerada a

parte que assume o papel mais importante na prestação de cuidados à criança e que influencia o seu desenvolvimento e crescimento. Por fim, o enfermeiro pediátrico, o responsável pela prestação de cuidados de enfermagem, com a função de ensinar, orientar e apoiar em técnicas, transmitir conhecimentos e capacitar a criança/jovem e a família (Casey, 1993).

Desta forma, é essencial que exista uma partilha de informação e de poder entre os pais ou cuidadores e o enfermeiro, dando-se uma parceria no planeamento das intervenções adequadas e específicas de cada criança ou jovem (Ferreira, 2016).

Os cuidados prestados pela família são denominados de cuidados familiares e englobam os cuidados que satisfazem as necessidades do quotidiano da criança, consideradas como necessidades desenvolvimentais. Os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros, são denominados cuidados de enfermagem e respondem às necessidades especiais da criança e baseiam-se na satisfação das necessidades específicas de saúde da criança (Casey, 1993).

Para que seja possível a aplicabilidade deste modelo, deve haver uma partilha com a família, baseada no apoio, no ensino e no envolvimento, como resultado de uma negociação estabelecida. Esta negociação deve respeitar as necessidades, crenças e desejos dos pais/cuidadores (Alves, Amendoeira & Charepe, 2018).

A hospitalização representando um período desafiante e frágil, em que a criança se afasta do seu ambiente e das suas atividades diárias, a implementação desta parceria de cuidados traduz-se como essencial trazendo benefícios para todos os envolvidos. É uma oportunidade para diminuir os níveis de ansiedade e aumenta o sentimento de independência (Pedroso, 2017).

A aplicabilidade deste modelo revela-se fundamental para a prestação de cuidados holísticos, centrados na individualidade da criança e no envolvimento ativo da família. A participação ativa da família não só facilita a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, minimizando os impactos negativos, como também reforça a sua segurança emocional, promovendo o bem-estar psicossocial.

As intencionalidades terapêuticas de enfermagem com a aplicação deste modelo de parceria são, essencialmente, a promoção da autonomia, através de um envolvimento ativo na gestão da sua saúde, respeitando as escolhas e preferências com o fornecimento de informações necessárias para a tomada de decisões informadas, o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada no respeito e na confiança, o apoio na adaptação, a promoção de um cuidado holístico, a educação para a saúde e o apoio na transição. Estas intencionalidades visam não só a promoção do bem-estar e qualidade de vida, mas também enfatizam a participação ativa do indivíduo (Casey, 1993). O sucesso desta implementação depende do desenvolvimento de competências por parte do enfermeiro, nomeadamente a escuta ativa, a empatia e a negociação de cuidados, garantindo assim que as necessidades e preferências da criança e família, sejam respeitadas (Martins, 2017).

### **Plataforma E4Nursing e Ontologia de Enfermagem**

Dado o carácter inovador da plataforma E4Nursing (E4N) no que se reporta à documentação da conceção de cuidados, importa referir alguns aspetos e conceitos comuns, que são transversais aos casos clínicos documentados. Os dados de caracterização pessoais utilizados na documentação da conceção de cuidados são fictícios, de modo a não ser possível a identificação dos clientes.

A plataforma E4Nursing é uma plataforma educacional e inovadora, desenvolvida para apoiar o planeamento e a conceção de cuidados, integrando a ontologia de enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros. A Ontologia integra a descrição dos conceitos principais da prática e a forma como se relacionam entre si, baseados na mais atual evidência científica (OE, 2020).

Esta abordagem traz grandes benefícios à enfermagem, facilitando a padronização da linguagem utilizada, no sentido de promover uma comunicação mais eficaz e uma melhor documentação dos cuidados. Garante que todos os profissionais utilizam os mesmos termos para descrever diagnósticos, intervenções e resultados, reduzindo a ambiguidade; permite um planeamento de cuidados estruturado e baseado em evidências; facilita a tomada de decisão ao associar diagnósticos com intervenções mais apropriadas; apoia o ensino e a formação e melhora e facilita a recolha de dados para uma melhor gestão (OE, 2020).

A plataforma E4Nursing permite a criação de sessões, que representam a condição dos aspetos avaliados na criança/jovem e nos seus pais/cuidadores num determinado momento, assim como momentos distintos de avaliação e de intervenção. Para cada caso clínico foram documentadas 2 sessões e importa esclarecer que correspondem ao momento em que se realiza a documentação da conceção de cuidados relativa às necessidades dos clientes.

Cada plano de cuidados está dividido em capítulos pré-definidos na plataforma E4N: (1) Enquadramento teórico, onde são abordados os aspetos teóricos orientados especificamente ao caso clínico; (2) Clientes, com referência a dados de caracterização dos mesmos no que se reporta por exemplo à idade; (3) Medicação, onde se apresentam as prescrições médicas relacionadas com medicação e se discutem os aspetos de enfermagem a ter em consideração relativamente a cada medicamento prescrito; (4) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, relativos às atitudes terapêuticas e sondas, drenos e cateteres que foram necessários na satisfação das necessidades dos clientes e onde são abordados aspetos teóricos e discutidos aspetos de enfermagem a ter em consideração relativamente aos mesmos; (5) Domínios, entendidos como os aspetos de saúde a partir dos quais foram recolhidos dados e a sua relação com o enquadramento teórico; (6) Conceção de cuidados, onde ficam descritos os dados considerados para a identificação dos DE (diagnósticos de enfermagem), os DE, os objetivos e as intervenções de enfermagem; (7) Especificação das intervenções, onde se apresentam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem prescritas e (8) Síntese do caso, onde são abordadas as prioridades nos cuidados prestados, os dados considerados relevantes

para os diagnósticos do tipo potencial para melhorar aspetos relacionados com o processo adaptativo, os resultados que se espera que os clientes atinjam, os contributos das intervenções face aos diagnósticos e a intencionalidade terapêutica da parceria de cuidados expressa em aspetos da conceção de cuidados. A síntese final, é um espaço para a reflexão crítica face às intervenções elencadas ao longo da conceção de cuidados. É uma oportunidade para demonstrar qual o raciocínio que levou à prescrição de determinadas intervenções, ao invés da opção ter sido outra, assim como a explicação das prioridades tidas em conta. É também uma boa oportunidade para explicar o contexto da criança e da família, importante na conceção de cuidados.

De uma forma geral, quando se trata dos sistemas corporais, as intervenções focam-se em melhorar a condição física, com o intuito de modificar os indicadores que levaram ao diagnóstico principal. Assim, a plataforma permite planejar e implementar intervenções que ajudem a resolver condições fisiológicas identificadas, com base numa avaliação contínua da evolução do estado. Por outro lado, no que se refere aos diagnósticos de enfermagem relacionados com o processo de adaptação ao papel parental, o objetivo é apoiar os pais na melhoria das suas capacidades para lidar com novas exigências que surgem ao assumirem a responsabilidade nos cuidados ao filho. O foco está em melhorar os aspetos da adaptação ao papel parental, ajudar os pais a desenvolverem competências e confiança no desempenho do seu papel.

Cada decisão tomada foi sustentada por fundamentação teórica, com base em evidência científica atual e atualizada, promovendo assim a discussão e a comunicação, com vista a garantir a continuidade e evolução dos cuidados.

Assim, de forma interativa, com a utilização desta plataforma foi possível desenvolver o raciocínio clínico e o processo de tomada de decisão face aos cuidados que os clientes necessitaram.

### **Projeto de desenvolvimento profissional - Cólica no recém-nascido e lactente: promoção do papel parental desenvolvimental**

No decorrer da primeira parte do estágio, foi proposta a elaboração de um projeto de desenvolvimento profissional que integrasse um conjunto de objetivos, alinhados de acordo com as competências do enfermeiro especialista na área de saúde infantil e pediátrica. Assim, a temática escolhida foi “Cólica no recém-nascido e lactente: promoção do papel parental desenvolvimental”.

Sabe-se que a cólica afeta cerca de 10 a 40% das crianças, com uma prevalência major entre as primeiras seis a oito semanas e provável resolução entre os três ou quatro meses de idade. Constituem um importante motivo de preocupação para os pais, sendo responsáveis por cerca de 10 a 20% dos motivos de procura dos serviços de saúde (Moreira et al, 2019).

A cólica possui uma incidência variável, não havendo evidência conclusiva sobre a sua etiologia, contudo, é defendido por vários autores como uma temática importante devido ao impacto provocado nas famílias, gerando ansiedade, stress e recorrência aos serviços de saúde. A ansiedade e preocupação provocada pela cólica, pode levar a situações graves e limitantes, tanto para o recém-nascido como para os seus cuidadores (Gaspar, 2024).

A cólica no recém-nascido é uma preocupação comum que pode impactar o bem-estar do recém-nascido e gerar ansiedade nos pais ou cuidadores. Assim, uma intervenção baseada em evidência sobre esta condição é fundamental para dotar os pais de capacidade para lidar com esta condição, promovendo um ambiente tranquilo e seguro para todos. Ao fornecer informações claras e baseadas na evidência sobre possíveis causas, estratégias de alívio e formas para lidar com o desconforto do recém-nascido ou lactente é possível ajudar os pais a interpretar e a responder de forma eficaz ao choro inconsolável. Além disso, a desconstrução de crenças e mitos associados à cólica, permitirá capacitar os cuidadores para adotarem abordagens mais seguras e ajustadas às necessidades do recém-nascido ou lactente com cólica.

Com a pesquisa e o aprofundamento desta temática, pretendi desenvolver competências de EESIP no âmbito da cólica no recém-nascido e lactente e desenvolver competências de conceção e documentação dos cuidados de enfermagem à criança e à família, com especial foco na temática escolhida. Assim, foram elencados como objetivos específicos: desenvolver conhecimentos sobre a cólica no recém-nascido e lactente e estratégias para lidar com a mesma, desenvolver competências promotoras da parentalidade no âmbito de estratégias para lidar com a cólica e melhorar competências no âmbito da conceção de cuidados e da sua documentação, com foco neste tema.

Para dar resposta e atingir os objetivos traçados, defini como atividades a realização de pesquisa, em bases de dados, sobre a temática; observar e refletir com os tutores em cada momento de estágio, quais as intervenções realizadas no âmbito desta temática e implementar intervenções de enfermagem promotoras de conhecimento e significados relacionados com a cólica.

A escolha de um tema do meu interesse, ligado à disciplina de enfermagem e à especificidade de intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, permitiu-me atualizar o conhecimento baseado em evidência científica atual e perceber de que forma posso aplicá-lo no dia a dia da minha prática clínica.

Concluo que como profissionais de saúde ligados ao bem-estar e à maximização da saúde, devemos assumir um papel ativo na procura e na produção de novos conhecimentos, contribuindo para uma prática baseada não só na evidência, como também nas necessidades centradas na criança e na família. O objetivo maior passa por me tornar uma profissional mais capacitada, dando resposta às preocupações dos pais, minimizando o desconforto da criança e promovendo um ambiente seguro para todos. A minha atuação será mais significativa e

alinhada com necessidades reais, contribuindo para uma intervenção mais humanizada e cientificamente fundamentada.

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

Os estágios de natureza profissional foram realizados em dois momentos distintos, um referente ao módulo I e o segundo referente ao módulo II. A tutoria de cada estágio foi assegurada por um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), sempre com orientação e apoio por parte de docentes da ESEP.

### Unidade Cuidados na Comunidade - UCC

O primeiro estágio decorreu em contexto de saúde primários, em dois momentos: o primeiro entre 18 de Março e 18 de Abril de 2024, onde foram realizadas 60 horas de contacto e, o segundo momento, entre 16 de Setembro a 16 de Outubro de 2024, onde foram realizadas 120 horas de contacto, em ambos os momentos, houve passagem pela unidade de cuidados na comunidade (UCC) e unidade de Saúde Familiar (USF), perfazendo um total de 180 horas.

A Unidade de Saúde Familiar, presta cuidados de saúde personalizados à população inserida na área geográfica que esta abrange. Compromete-se a assegurar a prestação de serviços de saúde básicos, com acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados (OE, 2018). Dispõe de consultas médicas e de enfermagem programadas, no âmbito dos programas de Hipertensão arterial, Diabetes, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do adulto e do idoso e também realiza domicílios, no âmbito de realização de tratamentos a feridas e administração de terapêutica.

Esta equipa é constituída por oito enfermeiros, pelo menos um enfermeiro especialista em cada uma das subespecialidades: Saúde infantil e pediátrica, Saúde Comunitária; Saúde Mental e Psiquiatria; Saúde Materna e Obstetrícia e Reabilitação e os outros três enfermeiros são generalistas. Verifica-se assim que as dotações seguras de enfermagem, recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros, são cumpridas no que é relativo à saúde infantil e pediátrica, de acordo com o parecer nº 743/2019 (OE, 2019), onde é dito que as unidades de saúde familiar devem ser dotadas de um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, de forma que sejam assegurados os cuidados de saúde infantil e pediátrica.

A enfermeira de família, com a especialidade em saúde infantil e pediátrica, assegura as consultas de saúde infantil a uma população inferior a 200 crianças e também funciona como elemento de referência de outros enfermeiros desta USF, no que respeita aos cuidados de saúde infantil, cumprindo as dotações recomendadas igualmente pela OE, onde consta que o EESIP deve ser a razão de um por cada 200 crianças e deve ser consultor na área pediátrica para a unidade (OE, parecer nº10/2018).

Além da passagem na USF, o estágio foi realizado na UCC, unidade que tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário e faz a ligação com outros serviços para a continuidade dos cuidados. Também atua na educação para a saúde, prevenção da doença, integração de redes de apoio às famílias e implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho n.º 52/2022 do Ministério da Saúde).

A UCC onde efetuei o estágio, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde. Colabora com duas Unidades de Saúde Familiares, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, cobrindo 3 freguesias.

É constituída por uma equipa de enfermeiros, especialistas em várias áreas. O coordenador é especialista em saúde comunitária e a equipa constituída por uma enfermeira de saúde materna e obstétrica, uma de saúde infantil e pediátrica, uma de saúde mental e psiquiátrica, 3 enfermeiros especialistas em reabilitação, outra enfermeira especialista em saúde comunitária, 2 enfermeiras de cuidados gerais. Conta ainda com a colaboração de um médico especialista em saúde geral e familiar, de uma nutricionista, uma dentista, uma psicóloga clínica e uma assistente social.

A UCC desenvolve um conjunto diversificado de projetos orientados para a promoção da saúde infantil, visando não apenas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, mas também o fortalecimento das competências parentais. Entre estes projetos, destacam-se o Curso de preparação para a parentalidade, o projeto de apoio à amamentação, que visa promover o aleitamento materno exclusivo, em conformidade com as recomendações da OMS (OMS, 2013), reconhecendo os benefícios para a criança e para a mãe, e o curso de massagem infantil, que se constitui como uma ferramenta promotora do vínculo entre pais e filhos, facilitando a comunicação não verbal e contribuindo para um bem-estar global. Estes programas encontram-se alinhados com as orientações estratégicas definidas pela Direção-Geral da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Ainda se realizam outros cursos de educação parental, no âmbito da introdução e diversificação alimentar e primeiros socorros pediátricos.

No âmbito de projetos de melhoria contínua na instituição, para os profissionais, são desenvolvidas formações, com diversos temas referentes à gestão, melhoria contínua da qualidade e comunicação. Tive a oportunidade de assistir a uma formação, realizada pela EESIP, relacionado com a gestão de conflitos.

Dando especial atenção à saúde escolar, esta conta com uma enfermeira que cumpre 35 horas semanais, especialista em saúde comunitária e em colaboração com esta mais duas enfermeiras, que fazem 14 horas e 7 horas, respetivamente, sendo uma especialista em saúde mental e outra especialista em saúde infantil e pediátrica. Assim, são cumpridas as dotações



seguras descritas pela OE, “(...) integrar, preferencialmente, enfermeiros especialistas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ou em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e, tendencialmente, com competência acrescida em Saúde Escolar” (Regulamento n.º 743/2019, p. 134).

A Saúde escolar assenta em duas áreas, nomeadamente, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Tendo por base as necessidades reais da população escolar abrangida, a metodologia utilizada é a de trabalho de projeto (Norma da DGS nº015/2015, 2015) e, de acordo como é dito no referencial de educação para a saúde (2017), as temáticas abordadas são: saúde mental e prevenção da violência, educação alimentar, atividade física, comportamentos aditivos e dependências, afetos e educação para a sexualidade.

### Serviço de Internamento Pediátrico

O segundo estágio decorreu no serviço de internamento de pediatria médica, num primeiro momento de 19 de Abril a 15 de Maio e, num segundo momento, de 17 de Outubro a 19 de Novembro, perfazendo um total de 140 horas.

Este serviço integra a Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança - UAG, tendo como principal função tratar e prestar uma assistência altamente qualificada e diferenciada a crianças, abrangidas pela região Norte do país, com patologias e necessidades complexas. É um serviço que integra várias unidades funcionais, com diferenciação em alergologia, gastroenterologia e nutrição, infeciologia e imunodeficiências, medicina do adolescente, nefrologia, neurodesenvolvimento e neurologia, pediatria geral, pneumologia pediátrica, reumatologia pediátrica e pediatria hospitalar.

O serviço abrange uma ampla variedade de tipologias de doenças, agudas e crónicas, mas, durante a minha passagem pelo mesmo, tive oportunidade de presenciar que, na maioria das vezes, é um serviço lotado por crianças com patologias crónicas, entre as quais a epilepsia, síndrome do intestino curto, doença de hirschsprung, patologias cardíacas e malformações congénitas.

O serviço é composto por 36 camas, distribuídas em quartos duplos e quartos individuais, com casa de banho individual no interior, cada unidade é composta por cama e/ou berço e cadeirão para o acompanhante. Os quartos encontram-se divididos em duas alas e, quando possível, alocam-se as crianças mais pequenas na ala mais distante da porta de saída e os adolescentes na ala oposta. A escolha dos quartos, quando é possível, tem por base a complexidade dos cuidados e a permanência em regime de hospitalização, dada a estes casos quartos individuais, possibilitando que o cuidador principal permaneça durante a noite com recurso a uma cama individual. Também se tenta que os quartos partilhados, sejam partilhados por crianças com o mesmo sexo, idades próximas, tipo de doença e/ou necessidade de isolamento.

Cada ala do serviço possui uma sala de preparação para a medicação e outra onde decorre a passagem de turno. Para ambas as alas, existe uma sala de trabalho de procedimentos de enfermagem. Existe uma copa para o acondicionamento e aquecimento de leites, comum a todo o internamento, bem como uma sala de refeições para todos os profissionais.

No piso onde se situa o internamento, existe uma sala de brincar, acessível a todas as crianças hospitalizadas em qualquer ala da pediatria, composta por uma sala de jogos e uma biblioteca, com a presença de educadoras que auxiliam as crianças. Também neste espaço existem voluntários, que se deslocam aos quartos e podem ser solicitados para ficar com a criança enquanto os pais tiverem de se ausentar, evitando que a criança fique sozinha.

Desenvolvem-se projetos sociais como a operação nariz vermelho e o projeto nuvem vitória, com o objetivo de promover um maior acolhimento e alegria às crianças hospitalizadas. Também é desenvolvido o projeto ânimas, trazendo ao serviço a visita de cães treinados, potenciando a distração da situação difícil vivenciada.

Com o propósito de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, encontram-se em desenvolvimento diversos projetos estratégicos, organizados segundo áreas prioritárias de intervenção. Entre estas destacam-se a comunicação em saúde, fundamental para assegurar a eficácia na transmissão de informação entre profissionais e utentes; os sistemas de informação em enfermagem, que visam a otimização da gestão de dados clínicos e o suporte à tomada de decisão baseada em evidência; a integridade da pele, com enfoque na prevenção de lesões cutâneas associadas aos cuidados de saúde; a gestão da dor em contexto pediátrico, assegurando uma abordagem sistemática e humanizada ao alívio da dor na criança; a gestão do risco clínico, que pretende minimizar a ocorrência de eventos adversos; bem como projetos dedicados à criança em risco e ao apoio à família, reconhecendo o seu papel central no processo de cuidados.

Paralelamente, a equipa de enfermagem implementa uma prática sistemática de atualização e reflexão crítica, através da realização mensal de sessões de partilha de conhecimento no formato Journal Club. Nestes encontros, é apresentado e discutido um artigo científico relevante para a prática clínica da equipa ou são analisadas novas recomendações e orientações com vista à melhoria contínua das intervenções de enfermagem. Esta dinâmica promove não só o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, mas também assegura a incorporação das melhores práticas baseadas na evidência na prestação de cuidados.

O serviço recebe crianças e jovens, desde os seus primeiros dias de vida até aos 17 anos e 364 dias, podendo a admissão ao serviço ser feita de uma forma direta e programada ou por encaminhamento de outros serviços como o serviço de urgência, a consulta externa, o hospital de dia pediátrico ou até mesmo de transferências intra-hospitalares.

No momento de admissão, é realizada a apresentação ao serviço e dadas a conhecer as normas

de segurança. É também realizada uma anamnese completa, que engloba a recolha de dados detalhados como a avaliação de dados antropométricos, antecedentes pessoais, alergias medicamentosas ou alimentares e/ou intolerâncias, dieta específica. Também é realizado o registo dos conviventes significativos da criança e nome do acompanhante que ficará 24 horas, bem como a entrega do papel de autorização de entrada à outra visita, que poderá entrar a partir das 9 horas.

Todas as crianças internadas possuem uma pulseira eletrónica de segurança anti rapto, que permite a sua localização, dando uma maior segurança aos pais.

O método de trabalho incrementado nesta unidade, no sentido de prestar cuidados de qualidade e com consideração às necessidades específicas de cada criança, é o método individual de trabalho (Ventura-Silva et al., 2021). O enfermeiro responsável em cada turno, aquando da distribuição das crianças, atenta ao grau de complexidade e dependência.

A OE, neste contexto, aconselha rácios diferentes consoante o turno. Um enfermeiro para cada três crianças no turno da manhã, um para cada quatro no turno da tarde e, no turno da noite, um para cada cinco crianças, num rácio de dois EEESIP por cada três enfermeiros, sendo que pelos menos 75% dos enfermeiros por turno deverão ter pelo menos dois anos de experiência na área da pediatria (OE, 2018). Deverá ainda existir pelo menos um EEESIP durante as 24 horas (Regulamento nº422/2018, 2019).

Esta equipa de enfermagem é composta por 36 enfermeiros, sendo que destes, 80% são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica e, em cada turno, há pelo menos um enfermeiro especialista nos cuidados.

#### Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – UCIN

Em Portugal, está estabelecida uma rede de referência perinatal organizada em três níveis de atuação, onde se enquadram diferentes tipos de hospitais: os hospitais de apoio perinatal, os hospitais de apoio perinatal diferenciado e os hospitais de apoio perinatal altamente diferenciado. A escolha do tipo de hospital ao qual recorrer baseia-se na diferenciação técnica dos cuidados oferecidos à grávida, ao feto, à puérpera e ao recém-nascido. Este critério não se limita apenas à avaliação de expectativas de risco perinatal, como a idade gestacional, mas enfatiza a atenção a patologias menos comuns, que requerem intervenção multidisciplinar e/ou a utilização de técnicas mais complexas ou de duração prolongada (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Materna, da Criança e do Adolescente [RNEHRMCA], 2016).

As unidades de neonatologia têm um papel crucial na prestação de cuidados ao recém-nascido e abrangem todas as crianças com menos de 28 dias de vida, que necessitem de cuidados intensivos ou intermédios. Contudo, estas unidades ainda podem prestar cuidados a lactentes (com mais de 28 dias de vida e até 12 meses de vida), quando os seus problemas se relacionam

com o nascimento prematuro como anomalias congénitas ou patologias adquiridas no período neonatal (ACSS, 2017).

O estágio decorreu numa unidade de cuidados neonatais de um hospital altamente diferenciado. Esta unidade é composta por uma ala de cuidados intensivos, onde existem dois quartos exclusivos para situações de isolamento e outra ala de cuidados intermédios. Existe uma sala de descanso para uso dos pais, onde podem fazer as suas refeições, com recurso a microondas, frigoríficos, máquina de café e ainda sofás e uma televisão, bem como uma sala própria para a extração de leite materno e casas de banho. O serviço conta ainda com uma sala de refeições para utilização exclusiva dos profissionais de saúde.

O acesso a esta unidade é limitado e obedece a regras de segurança, tais como: o acesso por uma única porta, limitado aos pais, após a verificação da sua identidade. À entrada, devem guardar os seus pertences num local próprio, os cacifos, higienizarem as mãos e vestir uma bata ou avental, disponibilizadas pelo serviço e de uso diário. Esta implementação permite a segurança do RN face à sua vulnerabilidade ao risco de infeções (Gardner & Hernández, 2016).

Esta unidade tem a capacidade máxima para receber 24 recém-nascidos e é um especial centro de referência no tratamento da hipotermia e genética médica, possuindo a capacidade para cuidar de RN com patologias mais complexas e extrema prematuridade.

Podem ser admitidos RN através da transferência intra-hospitalar, provenientes diretamente da sala de partos deste hospital ou do serviço de obstetrícia ou transferência inter-hospitalar, provenientes de outras unidades neonatais menos diferenciadas. A transferência inter-hospitalar de um RN em estado crítico é efetuada pelo Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), existente neste hospital, disponível 24h/dia. Em caso de transporte para outro hospital, mas de um recém-nascido estável, o transporte é realizado pela equipa de enfermagem, um dos elementos presentes no turno em questão, em ambulância.

A equipa de enfermagem deste serviço é constituída por 52 elementos, distribuídos por cinco equipas, compostas por 9 a 11 elementos, com diferentes níveis de experiência, assegurando equilíbrio. A dotação segura dos cuidados de enfermagem na UCIN, segundo a OE (2019), recomenda que a presença de dois enfermeiros EESIP, por cada três enfermeiros de cuidados gerais, sendo que deve existir um especialista durante as 24 horas (Regulamento n.º 743/2019 Ordem dos Enfermeiros, 2019). Dos elementos desta equipa, 53% são especialistas em saúde infantil e pediátrica e conta com vários membros a frequentar a formação do 2º ciclo de estudos no mestrado. Por turno, a equipa conta com a presença de oito enfermeiros, dos quais cinco ficam alocados à ala dos cuidados intensivos e três à ala de cuidados intermédios e, um destes, desempenha ainda o papel de responsável de turno.

Neste momento, não estavam a ser desenvolvidos projetos de melhoria contínua para os profissionais, mas estariam a ser programados. Passariam por se dividir em várias áreas e

temas de interesse, como gestão de cuidados, comunicação e transmissão de informações, documentação de cuidados.

Os cuidados prestados nesta unidade são centrados na família e é aplicado o modelo de parceria de cuidados, por este motivo presença dos pais é uma principal preocupação deste serviço, havendo esforços para que esta presença seja indispensável. Os pais podem permanecer 24h/dia junto do RN.

O método utilizado é o método de trabalho individual, com a atribuição de 2 recém-nascidos a cada enfermeiro, por turno. Este método tem em conta o cliente e as suas necessidades.

#### Serviço de Urgência Pediátrica – SUP

O último estágio de natureza profissional, no SUP, decorreu em dois momentos distintos, o primeiro momento decorreu entre 11 de Junho de 2024 a 28 de Junho de 2024, e o segundo momento entre 06 de Janeiro de 2025 e 05 de Fevereiro de 2025, perfazendo um total de 140 horas.

O Serviço de Urgência pediátrica está inserido no serviço de urgência médico-cirúrgica, uma vez que a gestão de equipas de enfermagem, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico, é partilhada. Destina-se essencialmente e maioritariamente ao atendimento de situações clínicas urgentes e agudas, que necessitem imediatamente de observação e tratamento, dispondo de forma ininterrupta de especialidades como Medicina Intensiva e Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Pediatria. De forma a colaborar e apoiar a prestação de cuidados, o SUP conta ainda com o apoio de valências como neurologia, cardiologia, gastroenterologia, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia.

A equipa do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, onde se inclui o serviço de urgência pediátrica, é composta por 90 enfermeiros, especialistas essencialmente em áreas como a enfermagem médico-cirúrgica e reabilitação. A equipa do serviço de urgência pediátrica é composta por 10 enfermeiros, 9 dos quais são detentores do título de especialista de saúde infantil e pediátrica.

Existem grupos de trabalho que dinamizam a qualidade dos cuidados de saúde prestados e se dedicam a projetos de melhoria no âmbito de: gestão (comunicação, integração de novos enfermeiros), qualidade e segurança (gestão da dor, transfusões, transporte do doente), formação em serviço e investigação. Foram desenvolvidos projetos nas áreas de inovação e gestão, com o objetivo de melhorar o processo de triagem de Manchester, bem como na promoção da qualidade e segurança no serviço de urgência. Entre os programas destacam-se a identificação inequívoca da criança e do adolescente, a segurança na administração de medicamentos, a gestão da dor, a prevenção e controlo de infeções, além da humanização dos cuidados prestados no serviço de urgência.

De forma geral, a equipa de enfermagem presta cuidados em todas as áreas do serviço segundo um plano, por norma, elaborado pelo enfermeiro gestor. Contudo, é dada prioridade a que o EESIP fique no serviço de urgência pediátrica, sendo este serviço sempre assegurado por enfermeiros especialistas, em saúde infantil e pediátrica.

O SUP conta com rácios de dois enfermeiros por turno, sempre especialistas, mas, segundo as recomendações das dotações seguras em SIP (2019), é recomendado que existam dois EESIP por cada 3 enfermeiros, algo que não é possível com os recursos existentes. Contudo, há pelo menos um EESIP, em permanência, 24h/dia.

O serviço é composto por 3 gabinetes médicos, uma sala de enfermagem para procedimentos e outra com computador, para realização de registos, WC para utentes e para profissionais e uma copa. Existem 3 salas: uma sala de espera comum, uma sala de inaloterapia e uma unidade de curta duração, com capacidade máxima para 4 crianças.

A triagem é o primeiro local de contacto com a criança e é o setor onde é definida a prioridade de atendimento desta. Esta triagem é, sempre que possível, assegurada pelo EESIP, contudo também é assegurada pelos enfermeiros da urgência geral. Idealmente e, de acordo com as recomendações das dotações seguras (OE, 2019), esta triagem deveria ser realizada por um EESIP.

Além do mais, o espaço físico para triagem de adultos e crianças é partilhado. De acordo com o referido em Diário da República: "A triagem em idade pediátrica nos hospitais com SUMC, serviço de urgência pediátrica (SUP) deve ser realizada na urgência pediátrica" (Despacho n.º 10319/2014, p. 20675), imergindo assim a necessidade de criar um espaço exclusivamente dedicado ao atendimento pediátrico.

Nesta unidade, para realização da triagem, é utilizado o Protocolo da Triagem de Manchester, método em que a avaliação se inicia a partir da queixa referida pela mãe e/ou pai e/ou criança. As prioridades são definidas através de cores, sendo que estas correspondem a um tempo alvo previsto para observação.

Depois de realizada a triagem e atribuída a pulseira correspondente à prioridade identificada, as crianças e pais são encaminhadas para o espaço físico do SUP.

Esta prioridade é baseada na identificação do problema que originou a procura do serviço de urgência, centrando-se numa avaliação clínica que tem origem no sinal e/ou sintoma identificado pelo profissional de saúde e pelo cliente. Há uma posterior alocação da queixa num dos 52 fluxogramas existentes, que permitem a alocação da criança ou jovem numa das 5 categorias identificadas previamente por cor e por nome, tendo em conta os tempos ideais de atendimento (Norma da DGS, nº 002/2018).

O método de trabalho utilizado é o método de trabalho individual por posto de trabalho onde

estão alocados.

Em cada contexto de estágio foi possível perceber que, para qualquer organização de saúde, os objetivos fundamentais na prestação de cuidados seguros e eficazes ao utente passam pela procura incessante da excelência, garantindo elevados padrões de qualidade e segurança, bem como a otimização dos custos, de forma a promover resultados que satisfaçam tanto o utente quanto a sua família (Huber, 2014). Todavia, para alcançar estes objetivos, é imprescindível implementar um modelo de prestação de cuidados que esteja em total consonância com a visão e a missão da organização.

Em todos os locais de estágio frequentados, como referido anteriormente, o método de trabalho adotado foi o método de trabalho individual. Este modelo atribui a responsabilidade total pela prestação de cuidados a um único enfermeiro, que fica encarregue de um grupo específico de utentes durante um turno (Fairbrother, Jones, & Rivas, 2010). Neste modelo, a organização global dos cuidados, com base nas necessidades identificadas pelo enfermeiro, está condicionada pela perceção que este tem do seu papel profissional. Dependendo dessa visão, o enfermeiro pode optar por focar-se mais nas necessidades do utente ou priorizar a execução das tarefas atribuídas. Este método apresenta como vantagens para o utente a individualização dos cuidados, assegurando a satisfação das suas necessidades específicas (Marquis & Huston, 2015). O método individual contribui para fortalecer a relação entre o enfermeiro e o utente, promovendo um vínculo terapêutico mais próximo e eficaz.

Também partilhado em todos os locais de estágio, foi o sistema de documentação clínico. Em todas as instituições foi usado o SClínico, o que facilitou a compreensão os aspetos relativos à da documentação de todos os cuidados, em cada contexto. A utilização do Sclínico, enquanto sistema de registo clínico desenvolvido para os cuidados de saúde primários e hospitalares, revela-se de grande facilidade para os profissionais de enfermagem, uma vez que integra de forma eficiente diversos módulos de registo e de consulta de dados, permitindo o acesso intuitivo e organizado, otimizando a tomada de decisão e a continuidade de cuidados. Além disso, a padronização dos registos favorece a comunicação interprofissional entre diversos níveis de cuidados, garantindo maior segurança e qualidade na prestação de cuidados (SPMS, 2021). Assim, conclui-se que a utilização deste sistema, transversal aos contextos, diminui o tempo despendido em registos, permitindo mais tempo para a prática assistencial direta e, contribuindo para uma gestão eficaz.





### 3. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

7464\_1\_e4nusing\_1 A Beatriz (nome fictício), tem 10 dias de vida. Vai ao centro de saúde, para a sua primeira consulta de saúde infantil, acompanhada pelos pais.

#### 3.1. Enquadramento teórico

##### O Recém-Nascido e as suas características

O recém-nascido é a criança com idade compreendida entre os 0 e os 28 dias de vida e a este período dá-se o nome de período neonatal. Define-se como o tempo de transição entre a situação de dependência intrauterina e a existência “autónoma”, independente da idade gestacional (Barbieri-Figueiredo, 2020).

Um dos indicadores de bem-estar do recém-nascido é o aumento físico, que se caracteriza por ocorrer de forma sequencial, cefalocaudal, próximo-distal (aplica-se ao conceito de linha média e periferia), iniciando-se com padrões mais amplos e globais que acabarão por dar lugar a padrões mais específicos. Enquanto processo complexo é dividido em três dimensões abrangentes: o desenvolvimento físico que está relacionado com o crescimento e capacidades motoras e sensoriais; o desenvolvimento cognitivo associado ao pensamento e raciocínio e, por último, o desenvolvimento psicossocial que diz respeito à interação e relações estabelecidas com os outros, bem como ao desenvolvimento da própria personalidade (Papalia & Martorell, 2021).

Nos seus primeiros dias, o recém-nascido tende a perder até 10% do seu peso, muito devido à perda de líquidos. Começa a ganhar peso novamente em torno do 5º dia e, geralmente entre o 10º e o 14º dia já recuperara o peso que tinham aquando do nascimento (WHO, 2022).

Em geral, o comprimento de recém-nascidos a termo aumenta cerca de 30% em 5 meses, e torna-se superior a 50% em 12 meses. Os lactentes crescem cerca de 25 cm durante o primeiro ano (Kliegman et al., 2024).

O perímetro cefálico é o reflexo do tamanho cerebral, sendo medido rotineiramente até os 36 meses. Ao nascimento, o cérebro corresponde a 25% do tamanho do adulto, e o perímetro cefálico tem, em média, 35 cm. O perímetro cefálico aumenta, em média, 1 cm/mês durante o primeiro ano (Kliegman et al., 2024)

A avaliação inicial da criança deve começar pela observação da sua aparência geral, pois constitui uma fonte valiosa de informação clínica. O exame físico, apesar de não ser uma tarefa complexa, exige conhecimentos técnicos e experiência na interpretação dos sinais observados, tendo em conta a etapa de desenvolvimento da criança (Ball et al., 2023). De forma sistemática, o exame deve seguir a sequência céfalo-caudal, permitindo uma avaliação completa e organizada

O recém-nascido apresenta características anatómicas peculiares, como a cabeça proporcionalmente grande — representando cerca de um quarto do comprimento do corpo — e um queixo pouco proeminente, que facilita o posicionamento adequado para a amamentação (Moore, Persaud & Torchia, 2023). Frequentemente, a cabeça do recém-nascido surge ligeiramente deformada, devido à passagem na pélvis materna, uma condição temporária resultante da maleabilidade dos ossos cranianos, que só se completa por volta dos 18 meses de idade (Morre, Persaud & Torchia, 2023).

As habilidades motoras desenvolvem-se à medida que os músculos e nervos funcionam em conjunto. Os movimentos são principalmente controlados por reflexos como, por exemplo, o reflexo de moro, tónico assimétrico, de preensão, marcha automática e pontos cardeais. O recém-nascido apresenta de uma forma espontânea uma postura em flexão (pernas fletidas sobre as coxas e estas sobre o abdómen) com a cabeça voltada para o lado. Os movimentos espontâneos tendem a ser simétricos, de extensão e flexão, mais comuns nos membros inferiores (Papalia & Martorell, 2021).

O desenvolvimento cognitivo do recém-nascido tem início imediato após o nascimento, sendo um processo contínuo e dinâmico que envolve a interação entre o cérebro em desenvolvimento e o ambiente. Desde os primeiros momentos de vida, o recém-nascido começa a processar estímulos sensoriais e a organizar percepções, estabelecendo as bases para funções cognitivas mais complexas, como a atenção, a memória e a percepção de causalidade. Este desenvolvimento inicial é fundamental para a aquisição de competências cognitivas subsequentes, estando intrinsecamente ligado à maturação neural e à experiência sensorial (Berk, 2022).

Assim, desde o 1º dia que o recém-nascido ouve e está vigilante, ao 3º dia já reage quando falam com ele, ao 9º dia reage com o olhar a sons, ao 14º dia é capaz de reconhecer a mãe, ao 18º dia produz sons e orienta a cabeça na sua direção quando os ouve e, ao 24º dia imita vários sons e contrai a boca quando a mãe fala (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Após quatro semanas, o desenvolvimento cognitivo da criança caracteriza-se por abrir e fechar a boca para imitar a falar e adequar o seu comportamento ao tom de voz com que lhe falam (fica tranquilo quando lhe falam de uma forma suave e aflito se ouve falar-lhe alto ou bruscamente).

De acordo com Brazelton (2006), neste período neonatal surgem momentos durante os quais existem manifestações do desenvolvimento da criança e disrupção do sistema familiar – estes

momentos devem ser utilizados para alertar os pais de que deverão fazer escolhas quanto ao seu papel parental, sendo o comportamento do recém-nascido a melhor ferramenta para o ajuste dos pais às suas necessidades. É pela 3ª semana que surge o touch-point caracterizado pela comunicação entre o RN e o cuidador, começando a existir uma sincronia do comportamento do bebê à resposta do seu cuidador.

As manifestações comportamentais da criança resultam da interação de diferentes fatores: evolução adaptativa da sua espécie, carga genética, ambiente físico, social e cultural em que vive e experiências da interação que vivencia nesse ambiente. As forças que impulsionam o desenvolvimento ocorrem dentro de dois sistemas de feedback, ou seja, o interno, a capacidade da criança resistir à frustração e o externo, a influência do ambiente, nomeadamente do prestador de cuidados (Papalia & Martorell, 2021).

As aquisições motoras, cognitivas e sensoriais da criança ocorrem de maneira progressiva e ordenada ao longo do tempo. As escalas de avaliação do desenvolvimento infantil são ferramentas essenciais para monitorizar essas aquisições, permitindo a observação das etapas sucessivas do crescimento e aprendizagem. É fundamental destacar que, apesar da existência de idades-chave para o desenvolvimento de determinadas competências, essas aquisições podem variar entre as crianças, ocorrendo dentro de um intervalo de tempo médio esperado para a faixa etária. Variações individuais são comuns e, embora certos desvios dentro desse intervalo possam ser considerados normais, alterações mais significativas, quer para mais quer para menos, podem indicar a necessidade de intervenção precoce, visto que podem sugerir um desenvolvimento atípico, particularmente no contexto do período neonatal, quando as capacidades de adaptação ainda estão a ser estabelecidas (Papalia & Martorell, 2021).

Os recém-nascidos são participantes ativos do seu desenvolvimento, assim como os seus pais ou cuidadores. As mudanças corporais, assim como os avanços no desenvolvimento cerebral, ajudam a explicar as mudanças marcantes na coordenação motora, equilíbrio e destreza. O período neonatal é um período de grande oportunidade para o desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas das crianças e é influenciado pela qualidade das interações que a criança tem.

O Desenvolvimento infantil é um processo progressivo de crescimento e desenvolvimento físico, mental e social, desde o nascimento e durante toda a infância (Ordem Dos Enfermeiros, 2011). Inicia-se aquando a conceção da criança e ao longo de todo o seu desenvolvimento in útero. Este é determinado pelo crescimento físico, maturação do sistema nervoso central e aprendizagem, ocorrendo ao longo da vida, de uma forma progressiva e gradual, segundo padrões contínuos e ordenados que culminam na aquisição de competências e capacidades motoras, cognitivas e sociais (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

### **A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil - 1ª Consulta de vida**

Segundo Ramos & Barbieri-Figueiredo (2020), a enfermagem caracteriza-se como uma profissão centrada na interação, assumindo um papel central enquanto ferramenta através da qual os profissionais estabelecem um vínculo terapêutico, identificam necessidades e recursos e implementam intervenções. Assim, no contexto de cuidados de saúde primários, a consulta de enfermagem emerge como um meio privilegiado para a promoção de saúde.

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil constitui um espaço privilegiado para a prática clínica orientada pelo paradigma do cuidar, promovendo uma abordagem metodológica sistematizada e estruturada, sustentada na utilização de uma linguagem profissional classificada. Esta abordagem potencia a aquisição progressiva de competências de autocuidado, enquanto fomenta o desenvolvimento de saberes e capacidades indispensáveis para a otimização da qualidade de vida, abrangendo o recém-nascido, a criança e o adolescente, sempre enquadrados no seio das suas dinâmicas familiares e sociais (DGS, 2013).

Os enfermeiros utilizam instrumentos como roteiros de entrevista, protocolos e orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ, DGS, 2013) – o exame físico, a interação comunicacional, o processo clínico – como fios condutores da realização desta consulta.

A comunicação deve pautar-se pela acessibilidade, ser orientada para a ação e revestir-se de credibilidade e fiabilidade, adaptando-se sempre às especificidades do indivíduo e/ou da família. Trata-se de um processo dinâmico e multidirecional, cuja eficácia é fortemente influenciada pela postura do enfermeiro, expressa através da sua disponibilidade, coerência, transparência e intencionalidade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Assim e segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), existem princípios orientadores para a Consulta de Enfermagem. Estes princípios orientadores circunscrevem-se a:

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança;
- Estimular a opção, sempre que possível, de comportamentos promotores da saúde relacionados principalmente com a nutrição adequada às diferentes idades e necessidades individuais, prática regular de exercício físico, brincar e atividades de lazer, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança que visem a redução do risco de acidentes;
- Promover aleitamento materno e imunização, prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, de acidentes e de maus-tratos;
- Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou a qualidade de vida;
- Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades;

- Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência;
- Assegurar realização de aconselhamento genético;
- Identificar, apoiar e orientar crianças e famílias vítimas de maus-tratos e violência.

De acordo com as orientações estabelecidas no referido programa, durante o primeiro ano de vida, recomenda-se a realização de consultas de vigilância periódicas, que permitem ao profissional de saúde monitorizar se a criança está a atingir as etapas de desenvolvimento, capacidades e competências esperadas para a sua idade. Através desta avaliação contínua, torna-se possível acompanhar de forma sistemática o progresso do recém-nascido e lactente nos domínios físico, motor, sensorial, cognitivo, psicossocial e social. O recém-nascido e o lactente devem, assim, efetuar consultas de vigilância na primeira semana após o nascimento, no final do primeiro mês, bem como aos dois, quatro, seis, nove e doze meses de vida (DGS, 2013).

Segundo o programa, as consultas estão assim devidamente agendadas no sentido de corresponderem a etapas significativas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, da socialização e alimentação do lactente. Também o programa procura a harmonização com o esquema cronológico preconizado no programa nacional de vacinação (PNV), são consultas oportunistas. Contudo, estas consultas não são únicas e fixas, devendo a criança deslocar-se á consulta sempre que necessário.

Em todas as consultas, deve sempre avaliar-se também as preocupações dos pais, as intercorrências desde a consulta anterior, a frequência de outras consultas e medicação em curso, a frequência de ama e, posteriormente da creche, os hábitos alimentares e práticas de lazer, a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, tendo em conta as curvas de crescimento e aspetos psicossociais e o cumprimento do calendário vacinal.

Sem prejuízo da observação completa da criança/jovem, são referidas, para cada consulta, as ações a efetuar tendo em vista a caracterização dos aspetos relacionais e a deteção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento.

A dinâmica familiar e rede de suporte sociofamiliar devem ser também alvo da preocupação do profissional de saúde. No primeiro ano de vida, há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe, pelo risco da depressão pós-parto ou do cuidador, de modo que sejam identificados os casos que poderão interferir no desenvolvimento da criança.

Na consulta da 1ª semana da vida e, segundo o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ, DGS, 2013), estão definidos parâmetros prioritários para avaliação:

- Exame físico e Avaliação antropométrica: peso, comprimento, índice de massa corporal e perímetro cefálico;

- Visão: Anamnese e interrogatório dirigidos e exame objetivo: pálpebras e exame ocular externo, meios transparentes e observação do reflexo do fundo ocular e avaliação da capacidade visual.
- Audição: Verificar se fez rastreio auditivo neonatal; assusta-se com som forte.
- Desenvolvimento: presença de reflexos primitivos e aplicação da escala de avaliação de Mary Sheridan;
- Vacinação: Verificar a realização das Vacinas Hepatite B e BCG e rastreio de doenças metabólicas.
- Relação emocional/comportamental: Satisfação do principal cuidador com o seu bebé (enamoramento). Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos se existirem. Sinal de alerta – falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida.
- Segurança do ambiente: Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.

Os parâmetros do desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os do crescimento físico. A escala de avaliação de Mary Sheridan, permite a avaliação de certos parâmetros motores do recém-nascido, entre os quais:

#### Postura e Motricidade Global

- Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica.
- Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça.
- Apoiado em posição sentado: dorso curvado com queda da cabeça para a frente.
- Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos.
- Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdómen, cotovelos fletidos junto ao tronco.

#### Reflexos primitivos:

- Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos;
- Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado;
- Reflexo de preensão palmar;
- Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme.

## Audição e Linguagem

- Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; pode acompanhar lentamente com o olhar.
- Reação a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.): qualquer reação é válida: piscar os olhos, franzir sobrelanceiras, etc.

São considerados sinais de alarme quando há ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado, apresenta hipertonicidade na posição de pé, nunca segue a face humana, não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana) ou não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

No âmbito de promover um desenvolvimento saudável e estimular a criança nas suas várias etapas, também no plano nacional de saúde infantil e juvenil estão preconizadas e recomendadas atividades que podem ser executadas com a finalidade de promoverem este desenvolvimento e a interação e participação do lactente. São elas recomendadas para o recém-nascido:

- Pegar no bebé e embalá-lo suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço.
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o bebé pelo nome.
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se.
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele.
- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...)
- Fazer massagem suave corporal, observando sempre o bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos. (DGS, 2013)

Os cuidados antecipatórios são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas, tentando prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências. No decorrer da consulta de saúde infantil, são cuidados que em breve o lactente ou a criança necessitará e, por isso, são temas abordados com os pais para que estejam preparados para os

passos que se seguem na vida do seu filho e no decorrer do seu percurso de desenvolvimento. Assim, na consulta, serão tidos como temas a abordar:

- Alimentação: Promover a manutenção do aleitamento materno, em exclusivo, até aos 6 M;
- Posição de deitar: Decúbito dorsal (tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente).
- Desenvolvimento: Posição quando acordado – decúbito ventral/colo.
- Acidentes e Segurança: Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.
- Sintomas/Sinais de alerta: Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada”, entre outros).
- Relação emocional: Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares.

### **TEORIA DAS TRANSIÇÕES - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE**

A parentalidade marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexidade do sistema familiar, com uma consequente redefinição de papéis, tarefas e projetos de vida.

Nesta fase e, com um recém-nascido, torna-se fundamental para a enfermagem também considerar os pais e prestar atenção à transição que estão a vivenciar que, apesar de ser considerada normativa, comum e usualmente esperada, é suscetível de produzir descompensação e aquisição de vulnerabilidades em consequência das múltiplas mudanças que lidar com um bebé requer (Martins et al, 2017).

Tendo em conta os tipos de transições que se podem vivenciar, para Meleis [et al.] (2000) a transição para a parentalidade pode enquadrar-se no tipo desenvolvimental. A vivência deste processo é associada a sentimentos e emoções positivas e negativas, de acordo com o contexto em que se desenvolve.

Relativamente às condições facilitadoras e inibidoras, estas prendem-se com as condições pessoais e os recursos sociais e da comunidade (Meleis [et al.], 2000). Deste modo, Soares (2008) refere que as características dos pais, as características da criança, o tipo de relação do casal, a partilha de tarefas entre o casal e as crenças culturais são condições pessoais que influenciam a adaptação à parentalidade. No que diz respeito aos recursos sociais, os pais valorizam o apoio material e psicológico dos familiares e amigos, a partilha de experiências e de conhecimentos. Quanto aos recursos comunitários, estes incluem os serviços de saúde, nomeadamente em termos de informação, educação e preparação, e as creches.



Como resultado ao processo de transição, Soares (2008) identificou padrões de resposta, divididos entre indicadores de processo e indicadores de resultado. Distinguem-se como indicadores de processo cinco aspetos fundamentais, como a reformulação de identidades, a responsabilidade, o domínio de novas competências, a redefinição de prioridades e a confiança no desempenho do novo papel. Como indicadores de resultado, incluem-se a mestria e a integração fluída da identidade.

As terapêuticas de enfermagem, surgem, por sua vez, como resposta às necessidades levantadas durante este processo de transição.

De acordo com a DGS (2023), a literacia em saúde consiste num conjunto de conhecimentos e competências pessoais que permitem às pessoas acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem a informação e os serviços de saúde, de forma a manterem a sua saúde e o seu bem-estar e dos que as rodeiam. Nela está incluída a capacidade de avaliar de forma crítica as informações em saúde encontradas, sendo essencial para a tomada de decisão informada.

O objetivo major da literacia em saúde é empoderar as pessoas para tomarem decisões acerca da sua própria saúde e promover o seu envolvimento em ações de promoção da saúde coletiva (WHO, 2021).

A informoterapia é definida como a prescrição oportuna de informação em saúde baseada na evidência, para atender às necessidades específicas dos indivíduos para os ajudar na tomada de decisão em saúde e mudança de comportamentos (Mettler & Kemper, 2006). Por informoterapia entende-se a transmissão da informação certa, para a pessoa certa e na hora certa. A terapia pela informação incrementa a relação terapêutica uma vez que permite a convergência das necessidades com o plano de tratamento e facilita o acesso do paciente ao enfermeiro e vice-versa. Esta será a terapêutica de enfermagem posta em prática ao longo da conceção de cuidados.

Assim, torna-se fundamental ao longo de cada consulta de enfermagem, dar atenção aos pais e considerar o que estes sentem. Reservar tempo para que estes possam falar sobre este processo, tirar dúvidas, falar sobre si mesmos e encontrar apoio e suporte no profissional de saúde para que possam seguir confiantes.

### **3.2. Clientes**

**Cliente**

Recém-nascido | Idade: 10 dias | Feminino

**Mãe/Pai**

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Figura parental principal: mãe.

24-09-2024 10:00 - Número de outros filhos: 0.

24-09-2024 10:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

24-09-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

**3.3. Medicação****Início**

2024-09-24 10:00:00

**Medicação**

1ª dose da vacina contra a hepatite B (VHB)

**Fim****3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

As imunoglobulinas fornecem uma imunização passiva às doenças infecciosas através do fornecimento de anticorpos. A imunização com vacinas e toxóides contendo material antigénico bacteriano ou viral resulta na produção endógena de anticorpos.

A imunização ativa com vacinas produz uma imunidade prolongada (anos).

O vírus da hepatite B (VHB) é um vírus que provoca inflamação do fígado e que causa a hepatite B. A vacina da hepatite B é indicada para prevenir a infeção por todos os sorotipos de vírus da hepatite B.

Este vírus transmite-se principalmente por via sexual, mas também através da partilha de agulhas e transmissão mãe-filho durante a gestação ou nascimento. Num estado mais avançado, a infeção pode potenciar o desenvolvimento de doenças hepáticas graves, como a cirrose e cancro no fígado.

O vírus da hepatite B tem a capacidade de sobreviver fora do organismo por cerca de 7 dias, mantendo-se ativo neste período. No organismo encontra-se no sangue e em algumas secreções corporais (sémen, secreções vaginais e saliva).

(Infarmed, 2020)

**Contraindicada:**

Hipersensibilidade ao produto, conservantes ou outros aditivos.

**Implicações para a enfermagem:**

Procedimento: injeção intramuscular, na coxa.

Ensinar pais sobre possíveis efeitos secundários: Dor, edema (inchaço) e/ou rubor (vermelhidão) no local da injeção; Aumento ligeiro da temperatura / febre ligeira-moderada, que resolve habitualmente em 24-48 horas.

**3.4. Domínios**

| <b>Início</b>    | <b>Domínios</b>                         | <b>Fim</b> |
|------------------|-----------------------------------------|------------|
| 24-09-2024 10:00 | Pele e mucosas                          |            |
| 24-09-2024 10:00 | Comportamentos de ligação mãe/pai-filho |            |
| 24-09-2024 10:00 | Comportamentos para amamentar           |            |
| 24-09-2024 10:00 | Comportamentos de ligação filho-mãe/pai |            |
| 24-09-2024 10:00 | Desenvolvimento psicomotor              |            |
| 24-09-2024 10:00 | Desenvolvimento físico                  |            |
| 24-09-2024 10:00 | Recém-nascido                           |            |
| 24-09-2024 10:00 | Eliminação intestinal                   |            |
| 24-09-2024 10:00 | Eliminação urinária                     |            |
| 24-09-2024 10:00 | Sono                                    |            |

**3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico****Recém-Nascido**

Define-se como recém-nascido a criança com idade compreendida entre os 0 e os 28 dias de vida (Vilaça & Ramos, 2020). É considerado um período de transição entre a vida intrauterina e adaptação à vida extrauterina (Hockenberry et al, 2019). Adicionalmente, é expectável que a criança neste período necessite de cuidados por substituição por parte dos pais e/ou pessoa significativa, assim este domínio permite avaliar a resposta da mãe às necessidades da RN e substituí-la quando necessário.

**Comportamentos de Ligação mãe/pai-filho****Comportamentos de Ligação filho - mãe/pai**

Quando falamos em comportamentos de ligação, referimo-nos ao estabelecimento de relações afetivas (que podem ser no sentido mãe/pai – filho, ou no sentido oposto). O processo de vinculação é um laço que se cria entre o bebé e a sua figura cuidadora, é complexo e vai-se desenvolvendo conforme as oportunidades de interação (Hockenberry & Wilson, 2011), dependendo de ambas as partes para evoluir. Por exemplo, quando o bebé tenta exprimir uma necessidade e o adulto responde, a ligação a essa pessoa vai aumentando (Papalia et al., 2006).

É importante incentivar e envolver os pais nos cuidados ao bebé, para promover a vinculação/ligação; deve ser realizado um reforço positivo aos pais. É de reforçar que o próprio temperamento da criança faz com que esta exija mais ou menos atenção dos pais, apresentando assim mais ou menos oportunidades de contacto, estímulo e, conseqüentemente, desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2011).

### **Comportamentos para amamentar**

O ato de amamentar envolve muito mais do que a passagem de leite de um organismo para outro: é um processo no estabelecimento e consolidação do vínculo e interação mãe-bebé (Capucho et al, 2017). A amamentação é um ato tanto emocional quanto físico. O contacto caloroso com o corpo da mãe fortalece um vínculo emocional entre a mãe e o bebé e contribui para a interação mãe-filho. Para além disso, existem também vantagens específicas para cada um, por exemplo para o bebé, fornecendo-lhe todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento, bem como a receção de anticorpos que o protegem de diversas doenças. Para a mãe, amamentar ajuda a recuperação pós-parto e traduz-se em praticidade.

Neste momento, o recém-nascido encontra-se num período de amamentação exclusiva, daí importa a avaliação desta competência e a sua promoção, para que continue e o seu sucesso se dê, sem que a mãe desista de amamentar.

### **Desenvolvimento psicomotor**

O desenvolvimento "psicomotor" compreende transformações nas habilidades cognitivas, emocionais, motoras e sociais de uma criança, compreendendo os períodos fetal e neonatal, primeira infância, infância e adolescência. Este processo ocorre em variados domínios, e a complexidade das teorias envolvidas complexifica a compreensão do desenvolvimento infantil (Cioni & Sgandurra, 2013).

O desenvolvimento psicomotor refere-se à gradual aquisição de habilidades funcionais à medida que a criança se desenvolve. Trata-se de um processo contínuo e sequencial, caracterizado por estágios que demonstram níveis crescentes de complexidade. Aspectos biológicos, interação social e experiências de aprendizagem exercem influência sobre esse desenvolvimento (Vericat & Orden, 2010).

O progresso psicomotor é uma evolução constante moldada por influências tanto biológicas quanto cognitivas em interação social, juntamente com experiências diretas nos processos de aprendizagem. Dificuldades nesse desenvolvimento representam um desafio significativo, impactando a saúde e a qualidade de vida das crianças afetadas, bem como a dos seus familiares (Vericat & Orden, 2010).

A detecção precoce de atrasos no desenvolvimento possibilita intervenções oportunas, o que pode ter um impacto significativo nos resultados para crianças com desafios nas habilidades motoras (McManus, 2017). A avaliação contribui para a adaptação de estratégias educacionais, visando atender às necessidades individuais das crianças e promover o sucesso em ambiente escolar e social (Case-Smith & O'Brien, 2010).

### **Desenvolvimento Físico**

“Crescer” resulta do aumento do tamanho e volume de tecidos e órgãos, por consequência do aumento do número e do volume das células. Quando este processo ocorre de forma regular e equilibrada nos vários compartimentos, como osso, músculo, tecido adiposo, entre outros, é considerado saudável (Wells, 2003, como citado em DGS, 2019).

A monitorização do desenvolvimento durante a idade pediátrica envolve a realização de consultas regulares de "Saúde Infantil e Juvenil", conforme determinado pela Direção-Geral da Saúde e registado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Nessas consultas, que possuem uma periodicidade mínima definida, são realizadas avaliações antropométricas como o peso, o comprimento (até aos 2 anos) ou a altura (a partir dos 2 anos), e o perímetro cefálico (até aos 2 anos) (DGS, 2013). Os dados das referidas avaliações são registados, pelo profissional de saúde, o que permite a comparação com as curvas de percentis do BSIJ. O preenchimento regular é crucial, não apenas para avaliar a adequação do crescimento em relação a um padrão de referência, mas também para acompanhar a trajetória individual.

É crucial avaliar periodicamente o crescimento de cada criança, indo além dos parâmetros populacionais (curvas de percentis), para identificar possíveis desvios precoces na trajetória individual. Cada criança possui um padrão genético único, e uma abordagem prática reconhece que não devemos comparar, mas sim avaliar a evolução individual, considerando a família, características pessoais e padrões de referência (DGS, 2019).

### **Pele e mucosas + Eliminação urinária + Eliminação intestinal + Sono**

A escolha destes domínios é fundamental para a perceção do padrão de desenvolvimento da criança. Avaliar estes parâmetros vai permitir o cruzamento de informação ao longo do desenvolvimento, assim como a perceção de algum desvio do padrão expectável.

Ainda pode relevar-se importante para determinar o tipo de papel parental, se desenvolvimental ou se especial, consoante a identificação de necessidades acrescidas da criança.

### 3.5. Conceção de Cuidados

#### Eliminação intestinal

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

#### **24-09-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Próxima Consulta e/ou SOS]

#### Eliminação urinária

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Urina em grande quantidade.

24-09-2024 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

24-09-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

24-09-2024 10:00 - Transparência da urina: Límpida.

24-09-2024 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

#### **24-09-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Próxima Consulta e/ou SOS]

#### Pele e mucosas

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **24-09-2024 10:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Próxima Consulta e/ou SOS]

#### Sono

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Dormiu por períodos longos.

24-09-2024 10:00 - Sono reparador.

#### **24-09-2024 10:00 - Determinar evolução do sono**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do sono [Próxima Consulta e/ou SOS]

#### Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

24-09-2024 10:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

#### **24-09-2024 10:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Próxima Consulta e/ou SOS]

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Próxima Consulta e/ou SOS]

#### Comportamentos para amamentar

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

24-09-2024 10:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

24-09-2024 10:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

24-09-2024 10:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

24-09-2024 10:00 - Com manifestações de pega adequada.

**24-09-2024 10:00 - Amamentação**

**24-09-2024 10:00 - Determinar evolução da amamentação**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar  
[Próxima Consulta e/ou SOS]

**Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

**Desenvolvimento psicomotor**

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

24-09-2024 10:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

24-09-2024 10:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

24-09-2024 10:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

24-09-2024 10:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

24-09-2024 10:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

**24-09-2024 10:00 - Desenvolvimento infantil**

**24-09-2024 10:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Próxima Consulta e/ou SOS]

**Desenvolvimento físico**

24-09-2024 10:00

24-09-2024 10:00 - Peso: 2.80 Kg.

24-09-2024 10:00 - Percentil do peso: P(5).

24-09-2024 10:00 - Comprimento/Altura: 48.00 cm.

24-09-2024 10:00 - Percentil do comprimento: P(1).

24-09-2024 10:00 - Perímetro cefálico: 23.00 cm.

24-09-2024 10:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(1).

24-09-2024 10:00 - Índice de massa corporal: 12.15 Kg/m<sup>2</sup>.

24-09-2024 10:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(25).

**24-09-2024 10:00 - Crescimento**

**24-09-2024 10:00 - Determinar evolução do crescimento**

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do crescimento [Próxima Consulta e/ou SOS]

**Recém-nascido**

24-09-2024 10:00

**24-09-2024 10:00 - Recém-nascido**

**24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador.

24-09-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: facilitadora.

24-09-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

24-09-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.

24-09-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Neste contacto]*

24-09-2024 11:30 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

24-09-2024 11:30 - Vestuário da criança adequado face às condições ambientais e antropométrica.

#### **24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador.

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador.

24-09-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

24-09-2024 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

24-09-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Neste contacto]*

24-09-2024 11:30 - Boa condição do estado nutricional e de hidratação da criança.

#### **24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **24-09-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido [RESOLVIDO] 24-09-2024 11:45**

24-09-2024 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Próxima Consulta e/ou SOS] [FIM] 24-09-2024 11:45*

24-09-2024 11:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

24-09-2024 10:00 - *Ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45*

24-09-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Neste contacto]*

24-09-2024 11:45 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

#### **24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.



24-09-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar o recém-nascido em segurança: facilitadora.

**24-09-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido** [RESOLVIDO] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 11:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

24-09-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Neste contacto]

24-09-2024 11:30 - A mãe/pai adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

24-09-2024 11:45 - A mãe/pai adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação [MANTEVE].

**24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

**24-09-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido** [RESOLVIDO] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [Neste contacto] [FIM]

24-09-2024 11:45

24-09-2024 11:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

24-09-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre vacinação [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Neste contacto]

24-09-2024 11:45 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

**24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora.

**24-09-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido** [RESOLVIDO] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 11:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

24-09-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre choro [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

**24-09-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido** [RESOLVIDO] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 11:45 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 10:00 - Instruir a mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Treinar mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45

24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Neste contacto]

24-09-2024 11:45 - A mãe/pai adota comportamentos para lidar com o choro de acordo com a recomendação.

**24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento do recém-nascido: facilitador.

**24-09-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil**

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o

desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**24-09-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido**

[RESOLVIDO] 24-09-2024 11:30

**24-09-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido** [RESOLVIDO] 24-09-2024 11:45

*24-09-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45*

*24-09-2024 11:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: facilitador [MELHOROU].*

*24-09-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Neste contacto] [FIM] 24-09-2024 11:45*

### 3.6. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir

- O ritual de adormecimento deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos.
- Deve dormir em berço/cama própria e nunca com os pais.
- Posição: decúbito dorsal.

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

- A Síndrome de Morte Súbita do Lactente é a morte repentina e sem explicação de um bebé, geralmente, durante o sono, no seu primeiro ano de vida. Constitui uma das principais causas de morte no primeiro ano de vida nos países desenvolvidos.
- As causas da síndrome de morte súbita do lactente permanecem desconhecidas, podendo estar na sua origem uma multiplicidade de fatores, entre outros genéticos e ambientais. Existem algumas recomendações práticas que demonstram diminuir o risco consideravelmente.
- Colocação do recém-nascido em decúbito dorsal durante o sono.
- Deve ser usado um colchão firme e bem adaptado ao berço ou alfofa, coberto por um lençol ajustado.
- O cobertor não deve ultrapassar os ombros para evitar o sobreaquecimento e os pés do bebé devem ficar a tocar o fundo da cama/alfofa.
- Não devem ser colocados objetos na cama nem devem ser usadas almofadas, fraldas, gorros, babetes, protetores de berço ou outras peças que lhe possam causar estrangulamento ou asfixia.

- Deve ser evitado o sobreaquecimento do quarto (ideal 21°C).
- Devem ser evitados dispositivos comerciais e monitores de vigilância dos sinais vitais para evitar o risco de SMSL.

#### Ensinar mãe/pai sobre vacinação

- Vacinar o bebê é o primeiro passo para garantir a sua proteção e evitar que possam contrair doenças.
- As vacinas que integram o Programa Nacional de Vacinação são as vacinas consideradas de primeira linha, isto é, comprovadamente eficazes e seguras e de cuja aplicação se obtêm os maiores ganhos em saúde.
- Podem consultar o boletim de saúde infantil e juvenil para estarem a par das próximas vacinas do bebê e quando devem ser administradas.
- Após a vacina administrada nesta consulta, a VHB, os efeitos secundários esperados são: Dor, edema (inchaço) e/ou rubor (vermelhidão) no local da injeção e aumento ligeiro da temperatura/febre ligeira-moderada, que resolve habitualmente em 24-48 horas.

#### Ensinar mãe/pai sobre choro

- O choro é ato de comunicação, é a forma do bebê expressar as suas necessidades.
- É normal os pais apresentarem alguma dificuldade em distinguir os diferentes tipos de choro, que diferem em ritmo e intensidade e, podem ser provocados por fome, dor, fadiga, aborrecimento, desconforto.
- O choro excessivo ocorre em alguns bebês e resolve-se espontaneamente até aos quatro meses de idade. Pode estar relacionado com cólicas, obstipação intestinal, necessidade de eructar e disfunções do sistema nervoso central que ainda está em desenvolvimento e por isso o bebê pode ser mais sensível a estímulos sensoriais, quer olfativos ou dolorosos.
- O choro de dor diferencia-se do choro de fome - o de fome é composto por rápidas variações de frequência e sons mais curtos, já o de dor é mais forte, estridente, tenso e com frequência aguda.
- Choro por desconforto: choro mais fraco do que o grito de dor, apesar de apresentar momentos de grande intensidade. É facilmente confundido com o choro de dor intensa, devido aos gritos intermitentes, mas a nível corporal a testa está franzida, os olhos inquiridores, os braços e as pernas estão mais tensos do que quando está aborrecido. Com este choro está a comunicar que algo lhe incomoda, algo lhe está a provocar desconforto, pode ser a fralda suja, calor ou frio.
- Choro por tédio/aborrecimento: choraminga em soluços, que cessa a partir do momento que se fala com ele, se pega ao colo, se brinca ou se acaricia; o rosto do bebê está relaxado, assim como o corpo e os olhos normalmente estão abertos, as mãos estão abertas, enquanto os pés agitam-se no ar, como se estivesse a pedalar.
- Choro por fadiga: choro ligeiro, quase um gemido, que tende a aumentar de tom até um choro forte; habitualmente este choro acontece após um dia agitado, com de interação com outros, de barulhos e de atividades; o rosto do bebê encontra-se distendido, com um ligeiro franzido no sobrolho que alterna com o relaxamento do corpo e do rosto.
- Quando a dor e choro são causados por cólicas, o bebê começa com choro súbito, irritabilidade, contração dos membros inferiores sobre o abdómen e punhos cerrados.

- As cólicas podem ser causadas pelo excesso de alimentação, alimentação muito rápida, em que engole muito ar e imaturidade intestinal, e param por volta dos quatro meses de idade.

#### Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil

- A massagem abdominal apresenta muitas vantagens: facilita o peristaltismo intestinal e a eliminação intestinal. Tem efeito relaxante no bebé, diminui a distensão abdominal, aumenta o nível de conforto do bebé e pode aumentar a duração do sono.
- A realização da massagem também aumenta também a interação mãe ou pai/bebé.
- Pode ser realizada até duas ou três vezes por dia.

#### Instruir a mãe/pai a massajar a criança

- Para a aplicação da massagem, escolher um ambiente calmo, aquecido e sem correntes de ar. O local deve ser confortável, seguro e longe de superfícies pontiagudas. É também importante que a pessoa que vai aplicar esteja tranquila e calma.
- aconselhável que o bebé esteja bem-disposto, calmo e sem fome. Um banho relaxante pré-massagem pode ajudar a aumentar o efeito da mesma.
- Olhe para o bebé e, com um tom de voz calma, peça-lhe “permissão”.
- Deite o bebé de costas numa superfície confortável e segura, como por exemplo, no chão, na cama, numa mesa, nas pernas de quem vai fazer massagem, entre outros. Se o bebé bracejar, agarre as mãos dele nas suas, segurando-as e mantendo-as no tórax do bebé, até este se acalmar.
- Olhando o bebé nos olhos, conversar calmamente enquanto aquece o óleo escolhido, entre as suas mãos. O calor do óleo promove o relaxamento muscular.
- Deslize uma das suas mãos de cima (costelas do bebé) para baixo (barriga do bebé) e da direita para a esquerda do bebé, se virado de frente para ele. Aplique o mesmo movimento com a outra mão e assim sucessivamente – repita 6x com cada mão.
- Segure nos tornozelos do bebé, com os joelhos juntos, dobre as pernas e pressione-as sobre a barriga durante seis segundos. Alivie a pressão, esticando as pernas e balanceando-as várias vezes – repita 6x.
- Com a mão direita, faça círculos completos no sentido dos ponteiros do relógio, à volta do umbigo, sem levantar a mão. Quando a mão direita estiver na região inferior do abdómen, a esquerda inicia o novo semicírculo (10h-5h) para que a esquerda de novo inicie o novo círculo – repita 6x.
- Cruze as pernas do bebé sobre a barriga ficando uma por cima e outra por baixo, repetindo sempre com pausas de pernas esticadas. Pode também segurar nos tornozelos do bebé e dobrar uma perna sobre a barriga com pressão controlada e depois alternar a perna como se andasse de bicicleta – estique as pernas balanceando-as (repita 6x).
- Preste atenção à anatomia do intestino e promova o movimento de gases e fezes para o exterior:
- Com a ajuda dos dedos indicador e médio, faça movimentos no sentido de cima para baixo na região 1 (cólon descendente) – repita 6x.
- Pegue nos tornozelos do bebé, com os joelhos juntos dobre as pernas e pressione-as sobre a barriga durante seis segundos.

- Alivie a pressão ao esticar as pernas, balanceando-as várias vezes – repita 6x.
- Liberte espaço para que as fezes e gases que estão na região 2 (cólon transverso) consigam deslizar. Depois, aplique novamente o movimento na região 2 (cólon transverso) e região 1 (cólon descendente) com os dedos indicador e médio – repita 6x.
- Volte a dobrar as pernas (com os joelhos juntos) sobre o abdómen do bebé durante 6 segundos e novamente estique pernas balanceando-as;
- Resta repetir a mesma técnica, desta vez percorrendo a região 3 (cólon ascendente), região 2 e região 1 para “empurrar” as fezes e os gases para o exterior – repita 6x.
- Dobre as pernas (com os joelhos juntos) sobre o abdómen durante seis segundos, desdobre-as, balanceando-as de novo.
- Após realizarmos movimentos de pressão, passamos ao relaxamento.
- Para terminar, mantenha as mãos de novo no tórax do bebé, olhe-os nos olhos, agradeça o tempo que passaram juntos e pegue-o ao colo.

#### Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- As consultas são agendadas segundo o programa nacional infantil e juvenil no 1º ano de vida: a seguinte será ao 1º mês de vida. Depois será ao 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês de vida.
- Nesta fase, é fundamental perceber o que é expectável e o que deve ser considerado um sinal de alarme no recém-nascido, assim como:
- Temperatura superior a 38º C;
- Prostração, gemido ou irritabilidade;
- Recusa em alimentar-se;
- Vômitos ou fezes líquidas ou sanguinolentas;
- Convulsões;
- Manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo, ou nódos negros de aparecimento súbito e agravamento progressivo
- Palidez acentuada e tom acinzentado.
- A icterícia ou coloração amarela da pele do recém-nascido geralmente não é grave, mas, se após a alta o bebé ficar muito amarelo atingindo os membros inferiores, deverá contactar o médico
- A regurgitação, ou seja, o bolçar é comum na maior parte dos bebés.
- Alguns recém-nascidos têm apenas uma evacuação por dia ou a cada 2-3 dias. Este período é denominado "falsa obstipação" e as fezes do bebé devem ter uma aparência mais consistente e macia ou semilíquida. Isto é normal, desde que o bebé não tenha diarreia, vômitos, irritabilidade, dor ao defecar, problemas de aumento de peso e continue a alimentar-se com a frequência habitual. Se as fezes forem duras, ensanguentadas, brancas, verdes com muco ou muito escassas, isto pode ser sinal de desidratação ou outros problemas digestivos, pelo que deve consultar o pediatra com urgência para avaliação clínica.

#### Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

- Pegar no bebé e embalá-lo suavemente.

- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o bebé pelo nome.
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se, calçar-se.
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele.
- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...)
- Fazer massagem suave corporal, observando sempre o bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos.

#### Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro

- As estratégias que surtem mais efeito para diminuir o choro são pegar na bebé ao colo, embalar, dar-lhe um banho relaxante, expor o bebé a “ruídos brancos” (som da máquina de lavar ou rádio não sintonizado, sons que se equiparem ao in útero).
- Algumas estratégias que ajudam a diminuir as cólicas e, por isso, o choro, são a massagem abdominal, pegar o bebé ao colo, deitá-lo sobre o braço em decúbito ventral; aplicar compressas mornas ou bolsas térmicas mornas no abdómen, entre três a cinco minutos.
- Quando se sentirem muito irritados/frustrados, é melhor afastarem-se do bebé, mesmo que ele continue a chorar. Deixam-no no berço, com as grades subidas, garantindo todas as medidas de segurança para que nada aconteça e aproveitam para ligar e desabafar com algum familiar/amigo. De cinco em cinco minutos vão ver se ele está bem.
- Chorar não lhe vai causar lesões irreversíveis, mas abaná-lo num ato de desespero, vai.
- Envolver o bebé num cobertor, manta ou lençol (Swaddling) => ao limitar os movimentos dos braços do bebé, evita-se que se assuste com seus próprios movimentos. A justificação para a eficácia desta técnica é que a pele quando tocada produz um efeito calmante. Neste sentido, embrulhando o bebé, os seus braços não mexem e ele irá sentir-se mais confortável, pois pensará que está de volta ao útero da mãe. Um bebé que passe 12 a 20 horas por dia embrulhado não é muito tempo, pois no útero ele encontrava-se 24 horas por dia nessa condição.
- Colocar o bebé de lado sobre a anca (Side stomach position); Dentro da barriga da mãe, o bebé passava a maior parte do tempo na posição fetal, ou seja, de cabeça para baixo, coluna encolhida e joelhos contra a barriga e, acredita-se que até chegar a adulto, quando se encontrar numa situação de perigo, inconscientemente irá adotar esta posição de segurança. Outra opção que as mães/pais podem ter é transportar o bebé num “sling”, com a coluna curvada, encolhido e virado de lado, pois esta posição tem o mesmo efeito calmante. Em muitas culturas, os bebés passam praticamente as 24 horas do dia pendurados nas suas mães.
- Proporcionar um ruído monocórdico junto do ouvido do bebé (“chuuuuu”; máquina lavar



ou secador) (Shhhing); Para realizar esta estratégia para acalmar o bebé, deve colocar-se a boca 10-20 cm de distância dos ouvidos do recém-nascido e fazer “Shuuuu”. Este som deve ser reproduzido tão alto como o choro do bebé e ir diminuindo à medida que o bebé se acalma e baixa o tom do choro. Nas primeiras vezes que as mães/pais tentam acalmar o bebé com esta estratégia, demoram cerca de 2 minutos a acalmá-lo, mas com a prática que vão adquirindo ao longo do tempo, acabarão por sossegá-lo em pouco segundos. Existem outros sons que podem substituir o “Shuuu” que funcionam também na perfeição, como por exemplo: secador de cabelo; aspirador do pó; ventilador ou exaustor; água corrente; brinquedo com sons de batimentos cardíacos; barulho do carro e máquina de lavar louça ou roupa.

- Embalar ou baloiçar suavemente o bebé (Swinging): Dentro do útero da mãe o bebé encontrava-se em constante movimento, ou seja, a mãe caminhava, sentava-se, levantava-se e virava o corpo e, por isso, o bebé não estava parado. Este sentido é bastante importante, pois possui uma forma poderosa de acalmar o bebé, bem como adultos, uma vez que o movimento imita o que o bebé sentia no útero materno e ativa as sensações de “movimento” dentro dos ouvidos. Existem algumas formas que podemos adotar para balançar o bebé, tais como: carregar o bebé num “sling”; dançar com movimentos de cima para baixo; colocar o bebé numa cadeira de balanço.
- Proporcionar sucção (chupeta ou dedo) (Sucking). Dentro do útero o bebé encontra-se bem aconchegado e com as mãos sempre próximas do rosto, sugando os dedos com frequência. Quando ele nasce, não consegue levar as mãos à boca e isso causa-lhe um grande desconforto. A sucção não nutritiva é uma das formas que podem confortar e acalmar o bebé. Para além desta, a amamentação em horário livre também pode proporcionar essa calma.

### 3.7. Síntese relativa ao caso

Dados considerados para a elaboração da conceção de cuidados:

#### - Dados úteis

A mãe é considerada a principal cuidadora, dispondo de tempo total para a prestação de cuidados ao recém-nascido. Tem um curso superior, é técnica de radiologia.

O pai é contabilista. Neste momento, goza da sua licença de parentalidade e ajuda na prestação de todos os cuidados ao recém-nascido.

#### [Disponibilidade para aprender]:

Através do discurso é possível verificar que os pais se encontram conscientes e orientados no tempo, no espaço e face às pessoas. Apresentam pensamentos ordenados através do discurso, de forma lógica, clara e coerente, reformulam ideias e modificam juízos face à informação



fornecida, recordando experiências passadas e recentes. Também se encontram conscientes quanto à atenção e aos cuidados que o filho precisará ao longo desta fase.

Mostram-se muito recetivos e interessados, fazem muitas questões relevantes. Mantém-se atentos e disponíveis ao longo de todo o contacto. Referem querer saber tudo o que é necessário para cuidarem bem do seu bebé.

[Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido]: Os pais referem que têm alguma dificuldade na rotina do sono. Por vezes usam o carrinho como instrumento de ajuda ao ritual de adormecimento e deixam o recém-nascido dormir na sua cama.

[Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido]: Ao longo da consulta, todos os temas respeitantes à segurança do recém-nascido foram validados, tais como a prevenção de afogamento, asfixia, aspiração e brinquedos, quedas, Shaken baby syndrome, transporte em segurança, demonstrando os pais conhecimento suficiente nesta fase. Contudo, os pais questionam especificamente de que se trata a síndrome de morte súbita e como pode ocorrer, pois referem que ouviram falar disso na maternidade e queriam saber mais sobre a mesma.

[Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido]: Quanto a este tema, os pais ainda se sentem perdidos quanto à saúde do recém-nascido, nomeadamente o que é ou não expectável que aconteça ao seu bebé, nomeadamente quando se devem alarmar com questões de saúde. Questionam sobre próximas consultas e a importância da vacinação, bem como os efeitos secundários da vacina administrada na consulta, também são tema.

[Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido]: Os pais referem dificuldades em implementar estratégias para lidar com o choro e com a dor, o que lhes causa algum desconforto e os assusta, quando este chora sem parar. Reconhecem saber que ele apresenta choro diferente em certas ocasiões, mas querem perceber melhor porque pode chorar e como podem agir. Expressam principal preocupação em como agir em caso de cólicas, alegando ser um tema cada vez mais falado e que o seu filho começará a ter em breve.

[Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras de desenvolvimento]: Os pais questionam que tipo de interação devem ter com o seu bebé para o ajudarem no seu desenvolvimento.

[Capacidade]:

Manifestam vontade de aprender através de colocação de questões à medida que algo lhes vai sendo explicado. Manifestam interesse em executar a massagem infantil, prontificando-se a executá-la para poderem melhorar e corrigir potenciais erros.

**Justificação do Horário das Intervenções**

Avaliar evolução da eliminação intestinal [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução da eliminação urinária [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução do sono [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução da ligação pai-filho [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Consulta do 1º mês]

Avaliar evolução do crescimento [Consulta do 1º mês]

Por considerar que estes parâmetros devem ser sempre avaliados a cada contacto, como protocolado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) foi definida uma próxima avaliação na próxima consulta, que, neste caso, será ao 1º mês de vida. Contudo, de salientar que caso seja agendada, por qualquer motivo, outra consulta, estes parâmetros deverão ser alvo de avaliação.

- Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [No fim deste contacto]

- Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [No fim deste contacto]
- Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido [No fim deste contacto]

Nesta consulta, foram abordados vários temas relativamente aos cuidados e ao desenvolvimento do recém-nascido. Assim, a avaliação do conhecimento parental no final da consulta assume um papel crucial na garantia da eficácia da minha intervenção na capacitação parental. Este momento permite verificar se a informação transmitida foi compreendida e aceite de forma clara e adequada, assegurando que os pais adquiriram competências necessárias para prestarem de forma correta os cuidados à recém-nascida. Além de reforçar a aprendizagem, esta avaliação possibilita a identificação de eventuais lacunas de compreensão ou dúvidas persistentes. Acresce que, ao envolver de forma ativa os pais na validação do seu próprio conhecimento, fomento a autonomia e a confiança destes pais.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [No fim deste contacto]

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [No fim deste contacto]

Ao longo da consulta, quando abordados os temas de higiene e conforto e ingestão nutricional, os cuidadores referiram pontos essenciais, demonstrando ter o conhecimento necessário e colocando-os em prática. Assim, foram também avaliados estes parâmetros neste contacto.

Ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre vacinação [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre choro [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Neste contacto]

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Neste contacto]

Instruir a mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto]

Treinar mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto]

Neste contacto, foram levantadas as necessidades do recém-nascido e dos pais. Estes

demonstraram défices de conhecimento em alguns temas abordados, colocaram questões e manifestaram vontade de aprender. Assim, após identificação de competências e habilidades cruciais à aprendizagem, foi possível o ensino sobre diversos temas ao longo da consulta.

Uma vez que o recém-nascido estava presente e depois da disponibilidade e capacidade demonstrada ao longo do contacto, tendo em conta que a massagem diz respeito a uma componente mais prática, ainda foi possível instruir e treinar.

### **A 2ª Sessão**

Ao longo do desenvolvimento da consulta, foram avaliados os vários parâmetros relativos ao cuidado e bem-estar do lactente, no sentido de entender os défices destes pais para reunir o conjunto das melhores intervenções para os ajudar. Em alguns destes, os pais tinham conhecimento suficiente. Assim foram avaliados e validados no fim deste contacto, sem que seja necessário, pelo menos para já, intervir.

#### **Promover papel parental higiene e conforto:**

Quanto ao conforto e higiene, a mãe da criança refere que lhe costuma dar banho em dias alternados, normalmente ao final do dia/noite, devido ao efeito calmante que lhe provoca. Refere que utiliza produtos adequados, sem perfumes ou álcool, aquece previamente o ambiente e usa termómetro para água, sempre entre 36/37°C, colocando na banheira primeiro água fria e só depois a quente, aproximadamente um palmo de água. Menciona que o banho tende a demorar uns 10 minutos e é realizado no sentido cefalocaudal, da região mais limpa para a mais suja.

À observação também é visível e evidente que o lactente está confortável, com roupa adequada à época, aspecto limpo bem cuidado, pele e mucosas coradas e hidratadas.

#### **Promover papel parental ingestão nutricional:**

O recém-nascido é alimentado exclusivamente com leite materno. A mãe refere os aspetos cruciais sobre a amamentação, nomeadamente, intervalo entre refeições entre 2h a 3h, nunca superior, oferece sempre as duas mamas, iniciando a refeição pela última oferecida. Ao longo da mamada verifica que o seu bebé está a deglutir, as mamas esvaziam e ficam mais moles depois do bebé mamar, a urina do bebé é clara e sem cheiro, em média com seis a oito fraldas molhadas por dia e com pelo menos 3 defeções diárias.

#### **Promover papel parental sobre promoção da segurança do recém-nascido:**

Os pais referem pontos cruciais na segurança do recém-nascido, nomeadamente: cuidados no banho para que o seu bebé não se afogue, como a quantidade de água e a maneira como lhe dá banho e o segura, bem como a temperatura da água e a maneira de preparação para que este não se queime. No berço têm especiais cuidados como o uso de brinquedos ou objetos, com a roupa da cama e têm o berço protegido para evitar quedas. Abordam a síndrome de Shaken

baby sabendo o que é e como devem evitá-la.

Quanto ao transporte, têm a cadeira de transporte adequada, colocam o bebé corretamente e usam os cintos de segurança.

Contudo, num aspecto crucial da segurança, a síndrome de morte súbita é levantada como um tema que despoleta muitas questões. Sendo esta uma das principais causas de morte entre o 1 mês de vida e o 1º ano de vida. Apesar de ser algo inesperado e incontrollável, os pais podem ter ações que previnam este acontecimento.

Assim, como forma de perceber que os pais entenderam o que lhes foi transmitido e que vão colocar em prática, esperar 1 mês (a próxima consulta), para validar esta informação é muito tempo e pode acontecer algo inesperado, motivo pelo qual esta avaliação é feita no fim do contacto.

Os pais validam e repetem o que lhes foi dito como: deitar o recém-nascido em decúbito dorsal, num berço com colchão bem-adaptado, sem que o cobertor lhe cubra os ombros. Não deve haver objetos na cama e o quarto deve manter-se a uma temperatura ambiente, sem que haja sobreaquecimento.

### **Conclusão e reflexão**

A elaboração deste plano de cuidados, no contexto de cuidados de saúde primários, permitiu a síntese e esquematização do desenvolvimento de uma consulta de saúde infantil.

Quando falamos de recém-nascidos e lactentes, devemos entender que o suprimento das suas necessidades está totalmente dependente de outra pessoa pois pelo seu estágio de desenvolvimento, ainda não são capazes de realizar atividades de forma autónoma. É, então, necessário ensinar, instruir e treinar uma figura responsável, que seja capaz de assumir e de responder a estas necessidades, de forma a promover a máxima independência possível de cuidados de saúde. Esta exigência depende de um conjunto de características que devem estar presentes nos cuidadores, para que possam ser alvo de ensinamentos. O enfermeiro deve ser capaz desta avaliação criteriosa, entendendo se o momento para intervir é o mais correto e, de que modo irá intervir. E é aqui que se entende o papel pleno do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica que presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança. Proporciona educação para a saúde e suporte à família/cuidadores de modo a otimizar a saúde, desenvolvendo a sua atividade em todos os contextos onde é requerida pelas crianças, jovens e suas famílias (Ordem dos enfermeiros, 2013).

Através do levantamento de necessidades desta família, foi possível perceber onde era necessário intervir e como fazê-lo.

A terapêutica de enfermagem condutora do desenvolvimento deste plano foi a informoterapia,

criando-se assim a articulação entre a saúde, a informação e a tomada de decisão baseada em evidência científica e fidedigna.

A informoterapia traduz a prescrição de informação certa, à pessoa certa, no momento certo e através da estratégia certa, visando o fornecimento da informação adequada às necessidades do cliente de forma a capacitá-lo para a tomada de decisão fundamentada (Mettler & Kemper, 2006).

Este processo de capacitação, nomeadamente dos pais, ocorre em três momentos (Petronilho, 2007): o primeiro focado na transmissão de informação teórica, isto é, recorrendo a intervenções do tipo ensinar, centradas no domínio cognitivo; o segundo momento centralizado em intervenções do tipo instruir que visam a explicação e demonstração das técnicas por parte do enfermeiro que se comportará como modelo e será observado por parte do cliente; e por fim, intervenções do tipo treinar, em que é expectável o cliente executar com a supervisão do enfermeiro, colocar em prática aquilo que lhe foi ensinado, havendo espaço para colocar dúvidas e aperfeiçoar a técnica.

Estes pais foram ensinados sobre tudo aquilo em que manifestaram dúvidas, tendo sido seleccionada a informação mais importante a dar-lhes, de modo a que fosse a essencial, de forma perceptível e de fácil entendimento, acompanhada sempre da validação dos pais quanto a esta.

Quanto ao instruir e treinar, foi possível no aspecto mais prático da massagem infantil – os pais obtiveram informações teóricas sobre a mesma e, depois puderam em conjunto com a enfermeira, executar e assim tirar dúvidas e aperfeiçoar a técnica da massagem.

No fim da consulta, foi valorizado aquilo que aprenderam e a forma como lhes foi dada a informação, havendo espaço para as sugestões de outras formas de transmissão de conhecimento. Foi agendada a próxima consulta e foi dado aos pais a liberdade total para entrarem em contacto se acharem necessário esclarecer alguma dúvida.

### **A conceção de cuidados e a relação com o tema: a cólica no recém-nascido**

Segundo a Academy of Pediatrics (2024), as cólicas do bebé são um processo benigno e autolimitado, que atinge uma grande parte dos bebés saudáveis até aos 6 meses de idade. Provocam um grande desconforto no bebé e causam muita ansiedade nos pais.

Apesar de ainda não ser conhecida a sua causa e de não existirem protocolos específicos de tratamento, existem diversas medidas a adotar pelos pais que podem permitir a melhoria da situação.

As cólicas do bebé afetam aproximadamente 10 a 40% das crianças em todo o mundo. Não há diferenças de incidência entre géneros e não há associação com o tipo de alimentação (leite materno ou leite adaptado) ou com a idade gestacional (pré-termo ou de termo) (American

Academy of Pediatrics, 2024).

As cólicas caracterizam-se por episódios recorrentes de choro estridente e inconsolável sem causa aparente, associados a sinais de desconforto do bebé, como agitação, face vermelha, abdómen duro e distendido, mãos fechadas, e pernas fletidas.

A “regra dos 3” – o bebé que chora mais de 3 horas por dia, mais de 3 dias por semana, mais de 3 semanas – permite fazer o diagnóstico de cólicas.

As cólicas do bebé surgem habitualmente por volta das 6 semanas de idade e resolvem entre os 3 e os 6 meses. Tipicamente os episódios de cólicas do bebé ocorrem ao final da tarde ou à noite.

Desta forma e apesar de as cólicas aparecerem numa fase mais tardia, após as 6 semanas, segundo a literatura, é uma preocupação que surge logo numa fase inicial para os pais.

Na conceção de cuidados executada, o tema surge desencadeante da preocupação dos pais com o choro e de como perceber a sua relação com a dor e com a cólica. Quanto mais cedo se sentirem preparados e capazes para lidar com esta situação, mais facilmente os pais serão capazes de dar resposta a este problema e de garantir o conforto do seu recém-nascido.

Assim, foram abordados aspetos que considero fulcrais na abordagem da cólica:

- O reconhecimento do choro por cólica, caracterizado por um choro súbito, irritabilidade, contração dos membros inferiores sobre o abdómen e punhos cerrados;
- As cólicas podem ser causadas pelo excesso de alimentação, alimentação muito rápida onde é engolido muito ar e pela imaturidade intestinal.
- A massagem infantil é um bom método na ajuda do combate às cólicas, provocando um alívio, quando realizada de forma correta e sistemática.

Foi instruída a realização da massagem infantil, assumida assim como fundamental na prevenção e no tratamento da cólica. Foi permitido aos pais que a treinassem, com o propósito de esclarecer as suas dúvidas na execução.

A regra da massagem infantil é a persistência. Esta massagem deve ser aplicada como medida de prevenção, entre duas a três vezes por dia, de forma a evitar a acumulação de fezes, facilitar a expulsão de gases e promover o deslizamento de fezes. No entanto, não deve ser encarada como mais uma tarefa a cumprir na rotina do bebé, mas sim como um momento de prazer e de estreitamento da relação do bebé com os pais: é um momento que vive do olhar, da voz e de afeto (American Academy of pediatrics, 2024).

A cólica será um tema que acompanhará este recém-nascido e estes pais ao longo de vários contactos, sendo expectável que haja espaço e tempo suficiente para aprenderem a lidar com esta e a implementar estratégias que a aliviem.



## 4. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A Camila (nome fictício), é uma recém-nascida pré-termo, que nasceu com 30 semanas e 3 dias, internada na unidade de cuidados intensivos neonatais por prematuridade, com peso de 950 gramas. Nasceu de parto eutócico, por deslocamento da placenta materna, com índice de apgar 8/9/9, ao 1º, 5º e 10º minuto de vida respetivamente. Necessitou de cumprir cpap na 1ª semana de vida, posteriormente com necessidade de oxigénio suplementar e, passa agora à unidade de cuidados intermédios, com 38 semanas e 4 dias, após estabilização clínica, com um peso de 1845 gramas, para aquisição de competências alimentares e desenvolvimento. Os pais acompanham a recém-nascida e participam nos cuidados.

### 4.1. Enquadramento teórico

A prematuridade, de tendência crescente, tem um grande impacto social e económico, constituindo um problema de saúde pública. As circunstâncias da sua ocorrência são multifatoriais e muitas vezes imprevisíveis, afetando as famílias e as suas expectativas com o potencial comprometimento da parentalidade (Cruz et al., 2023).

Designa-se por recém-nascido pré-termo ou prematuro o bebé que nasce vivo antes das 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (WHO, 2012).

Segundo a WHO (2012), a prematuridade pode ser subdividida de acordo com a idade gestacional. Começou por incluir três categorias, mas, recentemente, a prematuridade tardia, surge como uma quarta categoria, que tem vindo a ganhar uma grande importância, pelas repercussões na vida destas crianças e destas famílias. Assim, de acordo com a idade gestacional a prematuridade pode classificar-se como:

- Prematuridade extrema: quando têm idade gestacional < 28 semanas
- Prematuridade severa: idade gestacional entre 28 semanas e < 31 semanas e 6 dias
- Prematuridade moderada: 32 semanas a < 33 semanas e 6 dias
- Prematuridade tardia: 34 semanas a 36 semanas e 6 dias

Um bebé prematuro apresenta características físicas e comportamentais muito específicas,

devido ao nascimento antes do tempo ideal. Apresenta um tamanho reduzido, um baixo peso ao nascer, pele fina e translúcida, movimentos limitados e tônus muscular fraco, imaturidade de órgãos e reflexos pouco desenvolvidos (Rellán, 2008).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016), há vários fatores que contribuem para a ocorrência de um parto prematuro, entre os quais:

- A gravidez gemelar, que é um dos fatores mais elevados para a ocorrência de um parto prematuro e a história de um parto pré-termo anterior;
- Infecções, urogenitais ou sistêmicas, como pneumonias, pielonefrites ou apendicites agudas, podem originar um aumento de atividade uterina e originar o parto;
- A Hemorragia vaginal, causada pela placenta prévia ou deslocamento da placenta;
- Outros riscos podem incluir a idade materna muito jovem, a raça negra, a existência de determinadas doenças crónicas ou anomalias do feto;

Tal e qual como os bebés termo, os recém-nascidos prematuros também têm de cumprir progressivamente tarefas de desenvolvimento, contudo estas são apresentadas de uma forma mais lenta e com mais dificuldades, uma vez que iniciam a vida fora do útero mais cedo. Dependendo da sua idade gestacional, as dificuldades podem variar (Maia, Silva, & Almeida, 2020).

Os bebés prematuros são, geralmente, mais pequenos e mais leves, comparativamente aos bebés termo. O seu peso ao nascer é variável, mas é frequente terem menos de 2,5Kg. O seu tamanho também é mais reduzido e a gordura subcutânea, que tem como função ajudar a regular a temperatura, é insuficiente, o que pode causar dificuldades na manutenção da temperatura corporal adequada (Rugolo et al, 2020).

A pele de um bebé prematuro é mais fina, translúcida e frágil. E, para além disto, muitos órgãos não estão completamente desenvolvidos, como os pulmões, o sistema digestivo e o cérebro, o que acarreta dificuldades respiratórias, problemas alimentares e risco de hemorragias intracranianas (Balest, 2023).

Os reflexos essenciais para a sobrevivência, como o reflexo de sucção, de deglutição e o reflexo de garra, podem não estar completamente desenvolvidos durante vários meses (Borges et al, 2005).

A nível neurológico também são esperadas grandes dificuldades. O cérebro de um bebé prematuro não está completamente desenvolvido e isso afeta a coordenação motora, a perceção sensorial e o seu comportamento. A imaturidade do sistema nervoso central dificulta o controlo dos movimentos, bem como a regulação do sono e da alimentação (Fernandes et al, 2023).

A nível cognitivo, tanto a aprendizagem como o desenvolvimento tendem a ser mais lentos e o alcance dos marcos de desenvolvimento são mais demorados (Fernandes et al, 2023).

Os recém-nascidos prematuros enfrentam desafios respiratórios significativos, devido à sua imaturidade pulmonar. Os pulmões não estão suficientemente desenvolvidos para a respiração acontecer de uma forma eficiente. Podem necessitar de apoio respiratório, como uso de ventiladores ou oxigénio suplementar, até que os pulmões se desenvolvam o suficiente para uma respiração autónoma. Ainda pode apresentar frequentemente períodos de apneia e bradicardia (Santos & Oliveira, 2024).

Estes bebés tendem a ter um tônus muscular mais fraco e maior dificuldade em controlar os movimentos do corpo. A imaturidade do sistema motor traduz-se na dificuldade em coordenar os movimentos e consequentemente a atingir marcos de desenvolvimento como virar-se, sentar-se e gatinhar. As habilidades motoras grossas, essenciais para a locomoção e outras atividades físicas, também podem aparecer mais lentamente (Giroto, 2024).

A nível emocional e social, estes também podem demorar mais tempo na aquisição de competências. O vínculo afetivo pode ser mais difícil de estabelecer nos primeiros dias de vida, mas contudo a interação precoce e o contacto físico podem promover um desenvolvimento mais saudável (Costa & Silva, 2020).

Assim, todo o desenvolvimento de um recém-nascido prematuro é um processo gradual e desafiante. O apoio e cuidado intensivo nas primeiras semanas de vida, são essenciais para o desenvolvimento físico e neurológico e, o acompanhamento contínuo garante que este bebé atinge os marcos de desenvolvimentos apropriados à medida que cresce.

#### - Necessidades de Saúde

As necessidades de saúde do RN pré-termo, como descritas anteriormente, estão relacionadas e são proporcionais à sua prematuridade e imaturidade. Assim, quanto mais prematuro (menor idade gestacional), maior as necessidades de cuidados.

Por outro lado, o RN que até então se encontrava num ambiente confortável, adequado e seguro, que consegue suprir todas as suas necessidades, vê-se de forma abrupta e inesperada num ambiente diferente, numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), que são essenciais à sobrevivência destes bebés. Estas unidades são altamente especializadas e caracterizadas por um ambiente ainda muito clínico, sobrecarregado de estímulos que se revelam nocivos para o bebé, como o som, a luz, equipamentos e manipulação (Silva et al, 2019). Os procedimentos estão muitas vezes associados à dor e os cuidadores nem sempre têm em conta as necessidades desenvolvimentais destes bebés, cujo cérebro se encontra em desenvolvimento num ambiente hostil, estando na origem de potenciais sequelas relacionadas com a prematuridade, como sejam alterações neurossensoriais graves, disfunções cerebrais, atraso na linguagem, alterações do comportamento, défice de atenção e hiperatividade, entre

outros (Chen et al., 2021).

Ao longo dos últimos anos, as unidades de cuidados intensivos neonatais têm vindo a evoluir para modelos de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento, fomentando uma relação privilegiada entre profissionais e família, apoiando a relação dos pais com o seu bebé e as necessidades neurobiológicas do RN pré-termo (Barbieri, 2020).

A teoria synactive, desenvolvida por Als, H. (1982), foi criada como um modelo estratificado de interpretação da evolução organizacional do desenvolvimento do RN, cujas etapas se hierarquizam em função dos sistemas interativos maternos. Nesta teoria, as funções fisiológicas e comportamentais dependem da interação de subsistemas:

- Autônomo;
- Motor;
- Organização de estados;
- Atenção/interação;
- Autorregulador.

Segundo Ramos & Barbieri-Figueiredo, cada sistema engloba certos parâmetros:

- O subsistema autônomo inclui a respiração, circulação, coloração, controlo de temperatura e função dos músculos lisos dos comportamentos viscerais. Cerca da 28ª semana de gestação, o feto alcança a homeostasia das funções fisiológicas.
- O subsistema motor controla o tônus muscular, a postura e os movimentos. Pela 36ª semana de gestação, coexistindo com a estabilidade fisiológica das funções vitais, assiste-se à diferenciação motora.
- O subsistema de organização dos estados refere-se ao controlo da diversidade e transição dos estádios, estando frequentemente presente a partir das 42 semanas.
- O subsistema de atenção/interação regula as competências do RN, para responder aos estímulos do ambiente envolvente e às relações sociais. As capacidades de interagir socialmente observam-se com cerca de um mês de idade, ocasião em que o RN consegue manter um estágio de alerta controlado.
- O subsistema autorregulador controla a capacidade de aquisição e manutenção do equilíbrio entre os diferentes subsistemas, através de comportamentos de autoconsolo e de evicção.

Estes subsistemas, estreitamente relacionados entre si, estão sujeitos à primordial influência do ambiente. Todos os tipos de estímulos inadequados, em qualidade e intensidade, desencadeiam um comportamento de evicção, evidenciados por sinais de stress que se podem traduzir por:

- Mudança de cor;
- Alterações da frequência cardíaca;
- Variação da saturação periférica de oxigénio;
- Alterações da velocidade e padrão respiratório;
- Extensão e debilidade das extremidades;
- Soluções, bocejos e vômitos;
- Atividade desorganizada.

Segundo a mesma autora, Ramos & Barbieri-Figueiredo (2020), uma estimulação adaptada às competências funciona de forma positiva no RN, que a integra e procura interagir com ela, traduzida por um comportamento de aproximação, exibindo sinais de estabilidade, como:

- Padrão e frequência cardíaca e respiratória regular;
- Coloração rosada;
- Manutenção da postura e tônus;
- Posição fletida ou fetal;
- Mão no rosto;
- Mão à boca ou dentro da boca;
- Sucção;
- Olhar vivo e atento;
- Aspecto e postura relaxados;
- Comportamentos de autoconsolo;
- Padrões de sono organizados.

São vários os modelos de cuidados existentes nesta área e destaca-se o Newborn Individualized Developmental Care and Assessment program (NIDCAP). Este programa assenta na observação naturalista, sistematizada e periódica, por profissionais certificados.

Os cuidados de saúde a prestar a estes bebés devem respeitar e favorecer o seu desenvolvimento, salvaguardando os objetivos dos próprios cuidados. Os cuidados baseiam-se nas informações inferidas do comportamento do próprio bebé e é com base nelas que os cuidados são planeados. Ter o bebé como centro da sua atenção pressupõe interpretar o seu comportamento, tentando perceber as suas necessidades e as estratégias utilizadas por ele para se adaptar ao ambiente, de modo que as ações e intervenções planeadas possam apoiar e

promover o desenvolvimento global e organização neurocomportamental (Als, H., 2009).

### Transição para a Parentalidade

A transição para a parentalidade é uma das experiências considerada como a mais habitual transição desenvolvimental, segundo a teoria das transições de Afaf Meleis (Schumacher & Meleis, 1994). O nascimento de um filho é um acontecimento que tem em si envolvidas emoções intensas que simultaneamente devastam e enaltecem o sentido de ser humano.

A transição para a parentalidade com um recém-nascido pré-termo é um momento que acarreta desafios, emoções intensas e adaptações específicas. Ter um bebé prematuro pode trazer situações inesperadas, que diferem da experiência típica de receber um recém-nascido termo (Nunes, 2019).

A adoção do papel de mãe/pai acontece em contexto hospitalar. O bebé prematuro fica internado na unidade de cuidados intensivos neonatais, onde permanece sob supervisão médica e isso pode tornar-se um obstáculo à criação do vínculo inicial, pois os pais podem sentir-se incapazes de cuidar diretamente do seu bebé (Soares, 2021).

Por outro lado, esta transição tem um impacto emocional e psicológico nos pais. A prematuridade pode gerar medo sobre a saúde e sobre o desenvolvimento do bebé, trazendo consigo sentimentos de culpa ou falha por não terem conseguido completar a gravidez. Pode falar-se ainda no luto e nas expectativas, uma vez que os pais fazem o processo de “perda” da gravidez idealizada e da experiência tradicional de receber o bebé em casa (Soares, 2021).

É fundamental perceber, do ponto de vista dos pais, o contexto desta transição, assim como o significado atribuído a esta, o grau de mudança que representa e os recursos de dispõem para apoiar a sua adaptação. Esta compreensão é essencial para oferecer o suporte mais adequado e dotá-los das ferramentas necessárias para uma vivência mais saudável deste processo.

Uma transição bem-sucedida depende dos padrões de resposta dos pais ao processo que estão a vivenciar, os quais podem ser avaliados através dos indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo permitem identificar se os pais estão a caminhar na direção do bem-estar ou, pelo contrário, em direção à vulnerabilidade. É importante perceber se estes se sentem ligados à criança, se interagem com ela, se compreendem as suas necessidades e desafios e se estão a desenvolver estratégias de confiança e de coping para lidar com o bebé. Já os indicadores de resultado referem-se à maestria, ou seja, à competência que os pais estão a adquirir relativamente às novas responsabilidades, e à integração fluida, que é a capacidade de reformular a sua identidade, incorporando esta nova realidade de forma dinâmica (Marques, 2023).

Assim, a transição para a parentalidade com um recém-nascido prematuro exige paciência, informação e suporte emocional. O papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e

pediátrica, vai além dos cuidados prestados ao recém-nascido, englobando a capacitação, promoção e ligação entre estes pais e o RN.

Para além da monitorização e estabilização clínica, o enfermeiro deve incentivar e dotar estes pais de estratégias que levem à interação com o recém-nascido, ajudando-os na gestão do medo e da ansiedade, validando os seus sentimentos e encorajando-os a celebrar os pequenos progressos, reforçando o seu papel ativo e a importância da sua presença no desenvolvimento do bebé (Pereira & Silva, 2020).

No sentido de potenciar a adaptação à condição e tornar facilitadora a vivência do exercício parental face a necessidades especiais do filho, assim como, contribuir para o sentimento de satisfação e confiança no cuidado ao primeiro filho promotores de apego e afeto, é essencial que a informação transmitida aos pais não dependa apenas da sua capacidade de leitura e compreensão, mas que abranja também a condição emocional, a disponibilidade para aprender e a capacidade de tomar decisões e assumir a responsabilidade pela saúde do filho, devendo, para tal ser implementada a Informoterapia enquanto estratégia terapêutica (Magalhães, 2013).

A informoterapia, neste contexto, tem o objetivo de fornecer informações claras, baseadas em evidência científica e adaptadas ao nível de compreensão dos pais e cuidadores, para que possam tomar decisões informadas e promover um ambiente de cuidados mais seguro e mais eficaz (Motta & Issi, 2017).

#### Modelo de Parceria de Cuidados

A aplicação do modelo de parceria de cuidados (Casey, 1993), na unidade de cuidados intensivos neonatais oferece diversas vantagens, quer para os pais, quer para o recém-nascido. Este modelo promove a inclusão ativa dos pais no cuidado ao seu bebé, desde os primeiros momentos de vida, mesmo num ambiente estranho e delicado. Os pilares deste modelo são a saúde, o meio ambiente, o cuidado de enfermagem, a criança e a família, apresentando orientações para a parceria de cuidados entre os pais e os enfermeiros, através de um processo de compreensão e flexibilidade, que vê a família como um todo no processo de prestação de cuidados.

Ao envolver os pais no processo de cuidar, são proporcionadas oportunidades para o fortalecimento de um vínculo afetivo, favorecendo um desenvolvimento emocional e psicológico do recém-nascido. A integração e participação dos pais nas práticas diárias como a alimentação, o banho, o posicionamento, melhoram a confiança e a capacidade para cuidar do RN, contribuindo também para a redução da ansiedade parental e o stress (Smith & Jones, 2020).

A parceria de cuidados, segundo Casey (1993), não requer distribuição igual de tarefas, nem impõe qualquer limite à participação dos pais no cuidado à criança, a definição dos limites decorre, apenas, da conjugação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre pais e

enfermeiros. De facto, a base deste modelo é o sentimento de negociação e respeito pelas necessidades e desejos da criança e família.

É de notar que, apesar de este modelo identificar claramente a importância do papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos, salvaguarda que, face à sua ausência ou incapacidade de permanecerem junto da criança, o enfermeiro é o responsável por garantir que sejam prestados os melhores cuidados de saúde à criança, tentando manter as rotinas de conforto e carinho habituais do domicílio (Smith, 2015).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Recém-nascido | Idade: 19 dias | Feminino

### Mãe/Pai

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Figura parental principal: mãe.

06-12-2024 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

## 4.3. Medicação

### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Colecalciferol, PO (Infarmed, 2021)

- Grupo medicamentoso/ação: Vitamina lipossolúvel com atuação no osso e no metabolismo do cálcio.

- Indicação Terapêutica: prevenção do raquitismo em RNP, de osteomalacia e deficiência em vitamina D.



- Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa ou seus excipientes; presença de hipercalcemia.
- Reações adversas: obstipação, dor abdominal, diarreia.
- Cuidados de Enfermagem: administrar a medicação, vigiar eliminação intestinal.

#### 4.4. Domínios

| Início           | Domínios                                | Fim |
|------------------|-----------------------------------------|-----|
| 06-12-2024 08:00 | Consciência                             |     |
| 06-12-2024 08:00 | Sensações somáticas                     |     |
| 06-12-2024 08:00 | Sistema respiratório                    |     |
| 06-12-2024 08:00 | Sistema cardiovascular                  |     |
| 06-12-2024 08:00 | Eliminação intestinal                   |     |
| 06-12-2024 08:00 | Eliminação urinária                     |     |
| 06-12-2024 08:00 | Pele e mucosas                          |     |
| 06-12-2024 08:00 | Volume de líquidos                      |     |
| 06-12-2024 08:00 | Sono                                    |     |
| 06-12-2024 08:00 | Comportamentos de ligação mãe/pai-filho |     |
| 06-12-2024 08:00 | Comportamentos para amamentar           |     |
| 06-12-2024 08:00 | Comportamentos de ligação filho-mãe/pai |     |
| 06-12-2024 08:00 | Desenvolvimento físico                  |     |
| 06-12-2024 08:00 | Recém-nascido                           |     |
| 06-12-2024 08:00 | Termorregulação                         |     |
| 06-12-2024 08:00 | Reflexo de sucção                       |     |
| 06-12-2024 08:00 | Deglutição                              |     |
| 06-12-2024 08:00 | Desenvolvimento psicomotor              |     |

##### 4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

###### - Consciência

Vigiar o estado de consciência no recém-nascido prematuro permite a identificação e o tratamento precoce de alterações que possam impactar o seu desenvolvimento neurológico e físico. A prematuridade está frequentemente associada a um maior risco de comprometimento no desenvolvimento devido à imaturidade do seu sistema nervoso e dos seus órgãos e, neste contexto, a vigilância do estado de consciência pode fornecer insights fundamentais. A monitorização deste parâmetro ajuda a avaliar a resposta do recém-nascido a estímulos externos e internos, identificando possíveis sinais de stress, de dor ou de disfunção neurológica,

bem como a promoção de respostas positivas no desenvolvimento físico, emocional e neurológico (Almeida & Santos, 2022).

#### - Sensações Somáticas

Um recém-nascido prematuro e internado na UCIN é alvo de muitas manipulações, bem como exposto a ruídos sonoros altos, luzes fortes e contínuas e procedimentos dolorosos e stressantes, logo, devemos considerar a subjetividade da dor. Esta, apesar de não poder ser verbalizada, traduz-se em alterações fisiológicas como alterações cardiovasculares e respiratórias. A identificação precoce e o manejo adequado da dor, contribuem para minimizar o impacto dos procedimentos invasivos e reduzir o stress causado na manipulação do prematuro (Galego, 2020).

#### - Sistema Respiratório

O sistema respiratório do prematuro ainda se encontra em transição para funcionar de forma independente após o nascimento e esta adaptação requer uma vigilância constante para evitar a insuficiência respiratória. Devido à imaturidade do seu sistema e aos desafios que enfrentam para manter uma oxigenação adequada, a vigilância desempenha um papel crítico na prevenção de complicações, no suporte à adaptação respiratória e na promoção de um desenvolvimento saudável (WHO, 2020).

Os prematuros apresentam deficiência de surfactante, substância essencial para manter os alvéolos abertos durante a respiração, representando a sua imaturidade pulmonar e isto pode levar à síndrome do desconforto respiratório, que exige uma monitorização rigorosa para garantir uma ventilação e oxigenação adequadas (SPN, 2016)

#### - Sistema Cardiovascular

A avaliação do sistema cardiovascular em recém-nascidos prematuros é essencial, muito devido à imaturidade fisiológica e às potenciais complicações cardiovasculares comuns em prematuros. O coração e o sistema circulatório desempenham um papel central no fornecimento de oxigénio e nutrientes aos tecidos, além da eliminação de resíduos metabólicos. Qualquer alteração pode impactar diretamente o estado clínico do bebé (Costa, 2021).

Após o nascimento, o sistema cardiovascular passa por mudanças significativas, como o fecho do canal arterial e do forâmen oval. A avaliação contínua ajuda a detetar falhas na transição ou persistência do canal arterial, que pode causar sobrecarga pulmonar e insuficiência cardíaca (Costa, 2021).

Devido à imaturidade cardiovascular, apresentam frequentemente hipotensão ou má perfusão periférica, sendo que é através da monitorização contínua que conseguimos identificar estas alterações.

#### - Eliminação Intestinal

A monitorização do sistema gastrointestinal, permite identificar precocemente problemas clínicos e ajustar intervenções. O recém-nascido prematuro possui um sistema intestinal imaturo a nível estrutural e funcional, com um microbioma intestinal menos competente que o recém-nascido de termo, o que influencia a digestão, absorção de nutrientes e motilidade intestinal. A imaturidade da motilidade intestinal culmina num trânsito intestinal lento, aumentando o risco de estase fecal e de dificuldades na progressão alimentar (Tavares, 2020).

#### - Eliminação Urinária

A avaliação da eliminação urinária no recém-nascido prematuro é essencial para a monitorização da função renal, garantia do equilíbrio hidroeletrólítico e prevenção de complicações associadas à imaturidade do sistema urinário. Os rins imaturos apresentam uma menor capacidade de filtração glomerular, concentração urinária e excreção de resíduos metabólicos. Assim, através da seleção deste domínio vigiamos e contrariamos a possibilidade de retenção urinária, oligúria ou poliúria (Silva et al., 2019).

#### - Termorregulação

A vigilância da termorregulação em recém-nascidos prematuros é de extrema importância devido à imaturidade deste sistema, tornando difícil a manutenção da temperatura corporal estável. O recém-nascido prematuro e, especialmente os de baixo peso ao nascer, possuem uma maior superfície corporal em relação ao seu peso e uma menor quantidade de gordura corporal, o que dificulta a retenção de calor e aumenta o risco de hipotermia.

A hipotermia pode levar a complicações graves, como dificuldades respiratórias, instabilidade cardiovascular e leva ao aumento do risco de infeções, uma vez que a temperatura corporal inadequada interfere com a função imunológica. Além disso, também uma temperatura corporal instável pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento neurológico do bebé prematuro (Gomella, 2020). Assim, torna-se fundamental a monitorização contínua da termorregulação.

#### - Sono

O sono desempenha um papel essencial no desenvolvimento neurológico, crescimento físico e na regulação metabólica. Durante o sono, especialmente o sono ativo (designado REM), ocorre a maturação do sistema nervoso central e a organização neural, etapas cruciais para o desenvolvimento a longo prazo. O sono é o momento em que ocorrem atividades cerebrais intensas que promovem a etapas importantes no desenvolvimento cerebral e a interrupção frequente do sono pode interferir nessas etapas críticas, prejudicando o desenvolvimento cognitivo e motor. Além disso, recém-nascidos prematuros internados na UCIN estão expostos a estímulos constantes, tais como as luzes intensas, os ruídos próprios do ambiente hospitalar e as manipulações constantes, que podem alterar os ciclos do sono e provocar stress. A vigilância deste parâmetro ajuda a identificar períodos de sono adequados e permite o ajuste do ambiente para a redução do impacto destes fatores (Olivares, 2020).

Também é durante o sono que os RN prematuros podem apresentar episódios de apneia ou dessaturação, devido à imaturidade do sistema respiratório – a vigilância contínua permite a deteção e a correção destes episódios (Brandon, 2018).

#### - Comportamentos de Ligação Mãe/Pai - Filho e Filho-Mãe/Pai

A avaliação dos comportamentos de ligação é essencial para a promoção do desenvolvimento emocional e psicológico, tanto dos pais como do bebé. Esta ligação influencia diretamente a construção de um vínculo afetivo, que é a base para um desenvolvimento saudável.

O internamento pode ser uma barreira à criação de um vínculo forte, devido à separação física, à perceção da fragilidade do bebé e ao stress dos pais, assim, a avaliação deste parâmetro permite identificar e apoiar práticas que possam favorecer o contacto emocional, como o toque, a voz, a interação, bem como ajuda a perceber a melhor forma de envolver os pais nos cuidados ao bebé, com a finalidade de lhes promover confiança no exercício do seu papel parental (WHO, 2021)

#### - Desenvolvimento Físico

A avaliação do desenvolvimento físico do RN prematuro, permite monitorizar o progresso do crescimento e detetar precocemente complicações relacionadas com a prematuridade. O peso, o comprimento e o perímetro cefálico são indicadores fundamentais de saúde e de desenvolvimento, pois um crescimento adequado reflete a eficácia da nutrição e das intervenções executadas nesse âmbito.

#### - Desenvolvimento Motor

O desenvolvimento motor é uma das áreas mais afetadas pela prematuridade, devido à imaturidade do sistema nervoso e à exposição a condições críticas. A avaliação contínua permite observar a capacidade do bebé de realizar movimentos espontâneos, a coordenação motora, o tônus muscular e a resposta a estímulos externos, aspetos fundamentais para o seu desenvolvimento físico e neurológico (Als & Duffy, 2017).

#### - Recém-Nascido

A seleção deste domínio, permite a monitorização das necessidades desenvolvimentais desta faixa etária. Adicionalmente, é expectável que a criança neste período necessite de cuidados por substituição por parte dos pais e/ou pessoa significativa, assim este domínio permite avaliar a resposta da mãe às necessidades do RN e substituí-la quando necessário.

#### - Pele e Mucosas

A avaliação da pele e mucosas no recém-nascido prematuro é essencial para a monitorização da saúde geral do bebé, bem como a identificação de sinais precoces de complicações. A pele e as mucosas são indicadores sensíveis de diversos aspetos da condição clínica, especialmente em

prematturos que apresentam características específicas de fragilidade (Avenarius, 2021).

A pele e as mucosas refletem o estado de hidratação e perfusão tecidual – sinais como pele muito seca ou mucosas pálidas, podem indicar desidratação ou hipovolemia.

Os prematturos têm um sistema imunológico imaturo, tornando-os mais suscetíveis a infecções e, as alterações na pele como o eritema, exantemas, abscessos, podem ser os primeiros sinais de infecção sistêmica ou Sepsis neonatal ou então alterações como cianose, marmoreamento ou palidez podem indicar compromisso respiratório ou cardiovascular (WHO, 2020).

#### - Comportamentos para amamentar

O recém-nascido se encontra num período de amamentação. A amamentação é o método mais eficaz para garantir a nutrição adequada, essencial para o desenvolvimento do bebê. Este comportamento além de lhe fornecer todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento, também fortalece o vínculo mãe-filho (WHO, 2021). Os prematturos apresentam, por norma, dificuldades na coordenação da sucção, deglutição e respiração, podendo trazer dificuldades à mãe neste processo. Assim, com apoio e encorajamento, é importante verificar que há uma boa transferência de leite entre a mãe e o RN (Medoff, 2017).

#### - Sucção + Deglutição

A avaliação dos reflexos de sucção e deglutição num recém-nascido prematuro sob aleitamento exclusivo é de extrema importância, pois são esses os reflexos essenciais para o sucesso da alimentação e, consequentemente, do desenvolvimento saudável. Estes reflexos podem não estar completamente desenvolvidos, devido à imaturidade do sistema nervoso central e, a avaliação contínua permite identificar as dificuldades que possam interferir na capacidade de o bebê se alimentar adequadamente (Schmidt & Roberts, 2017).

## 4.5. Conceção de Cuidados

### Consciência

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Consciente.

#### **06-12-2024 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [1x turno e/ou SOS]*

09-12-2024 09:00 - Consciente.

### Sensações somáticas

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Sem manifestação de dor.

#### **06-12-2024 08:00 - Determinar sinais de dor**

06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [1x turno e/ou SOS]

09-12-2024 09:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

### **Reflexo de sucção**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Com acanolamento da língua.

06-12-2024 08:00 - Com peristaltismo da língua.

06-12-2024 08:00 - Com força de sucção.

### **Sistema respiratório**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Frequência respiratória: 54 ciclos/min.

06-12-2024 08:00 - Ritmo respiratório irregular.

06-12-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

06-12-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

06-12-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

06-12-2024 08:00 - Sem adejo nasal.

06-12-2024 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

06-12-2024 08:00 - Periférico(a): 99 %.

06-12-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

### **06-12-2024 08:00 - Ventilação comprometida**

#### **06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da ventilação**

06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da ventilação [1x turno e/ou SOS]

09-12-2024 09:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

09-12-2024 09:00 - Ritmo respiratório regular [MELHOROU].

09-12-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

09-12-2024 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

09-12-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

09-12-2024 09:00 - Periférico(a): 97 %.

### **Sistema cardiovascular**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Localização do Pulso

06-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o)

06-12-2024 08:00 - Frequência do pulso: 131 pulsações por minuto.

06-12-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

06-12-2024 08:00 - Pulso rítmico.

06-12-2024 08:00 - Pulso simétrico.

06-12-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

06-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

06-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 72 mmHg.

06-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 39 mmHg.

06-12-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

06-12-2024 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

06-12-2024 08:00 - Coloração das extremidades

06-12-2024 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

06-12-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

**06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x turno e/ou SOS]*

09-12-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-12-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

09-12-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 99 mmHg.

09-12-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 56 mmHg.

**06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [1x turno e/ou SOS]*

09-12-2024 09:00 - Temperatura das extremidades

09-12-2024 09:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-12-2024 09:00 - Coloração das extremidades

09-12-2024 09:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

09-12-2024 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

**Deglutição**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

**06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da deglutição**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da deglutição [Durante as mamadas]*

09-12-2024 09:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

**Eliminação intestinal**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

06-12-2024 08:00 - Consistência das fezes: Fezes líquidas.

06-12-2024 08:00 - Coloração das fezes: amarelada.

**06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x turno e/ou SOS]*

09-12-2024 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

**Eliminação urinária**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Quantidade de urina: 45 ml.

06-12-2024 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

06-12-2024 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

06-12-2024 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

06-12-2024 08:00 - Sem globo vesical.

**06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x turno e/ou SOS]*

09-12-2024 09:00 - Urina em moderada quantidade.

09-12-2024 09:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

09-12-2024 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].



09-12-2024 09:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

### **Pele e mucosas**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x turno e/ou SOS]

09-12-2024 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **Termorregulação**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Temperatura corporal periférica

06-12-2024 08:00 - Região axilar: 36.70 °C.

#### **06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno e/ou SOS]

09-12-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

09-12-2024 09:00 - Região axilar: 36.80 °C.

### **Sono**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Dormiu por períodos longos.

06-12-2024 08:00 - Sono reparador.

#### **06-12-2024 08:00 - Determinar evolução do sono**

06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do sono [Sem horário]

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

06-12-2024 08:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

#### **06-12-2024 08:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Sem horário]

06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Sem horário]

### **Comportamentos para amamentar**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

06-12-2024 08:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

06-12-2024 08:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

06-12-2024 08:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

06-12-2024 08:00 - Com manifestações de pega adequada.

#### **06-12-2024 08:00 - Amamentação**

### **Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

### **Desenvolvimento psicomotor**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.



06-12-2024 08:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

06-12-2024 08:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

06-12-2024 08:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

06-12-2024 08:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

06-12-2024 08:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

#### **06-12-2024 08:00 - Desenvolvimento infantil**

##### **06-12-2024 08:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Sem horário]*

#### **Desenvolvimento físico**

06-12-2024 08:00

06-12-2024 08:00 - Peso: 1.95 Kg.

06-12-2024 08:00 - Percentil do peso: P(1).

06-12-2024 08:00 - Comprimento/Altura: 45.00 cm.

06-12-2024 08:00 - Percentil do comprimento: P(1).

06-12-2024 08:00 - Perímetro cefálico: 37.00 cm.

06-12-2024 08:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(90).

06-12-2024 08:00 - Índice de massa corporal: 9.63 Kg/m<sup>2</sup>.

06-12-2024 08:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).

#### **06-12-2024 08:00 - Crescimento**

##### **06-12-2024 08:00 - Determinar evolução do crescimento**

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do crescimento [2/2 dias]*

#### **Recém-nascido**

06-12-2024 08:00

#### **06-12-2024 08:00 - Recém-nascido**

##### **06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador.

06-12-2024 08:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: facilitadora.

06-12-2024 08:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

06-12-2024 08:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Neste contacto]*

06-12-2024 11:00 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

06-12-2024 11:00 - Vestuário da criança adequado face às condições ambientais e antropométrica.

##### **06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional**

06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador.

06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador.

06-12-2024 08:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

06-12-2024 08:00 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Neste contacto]*

06-12-2024 11:00 - Boa condição do estado nutricional e de hidratação da criança.

**06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: facilitador.

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Neste contacto]*

06-12-2024 11:00 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

**06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-12-2024 08:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar o recém-nascido em segurança: facilitadora.

**06-12-2024 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido**

*06-12-2024 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita [Neste contacto]*

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Próximo contacto]*

09-12-2024 09:00 - A mãe/pai adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

**06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: facilitador.

06-12-2024 08:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Neste contacto]*

06-12-2024 11:00 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

**06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro**

06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

06-12-2024 08:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**06-12-2024 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido** [RESOLVIDO] 09-12-2024 09:00

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 09-12-2024 09:00*

*09-12-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].*

*06-12-2024 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre choro [Neste contacto] [FIM] 09-12-2024 09:00*

*06-12-2024 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [Neste contacto] [FIM] 09-12-2024 09:00*

*06-12-2024 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [Neste contacto] [FIM] 09-12-2024 09:00*

**06-12-2024 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido** [RESOLVIDO]

09-12-2024 09:00

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 09-12-2024 09:00*

09-12-2024 09:00

*09-12-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora [MELHOROU].*

*06-12-2024 08:00 - Instruir a mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto] [FIM] 09-12-2024 09:00*

*06-12-2024 08:00 - Treinar mãe/pai a massajar a criança [Neste contacto] [FIM] 09-12-2024 09:00*

*06-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Próximo contacto]*

*09-12-2024 09:00 - A mãe/pai adota comportamentos para lidar com o choro de acordo com a recomendação.*

**06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento**

*06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento do recém-nascido: facilitador.*

**06-12-2024 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil**

*06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: facilitador.*

*06-12-2024 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: facilitador.*

#### 4.6. Especificação das intervenções

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

- A posição para dormir deve ser em decúbito dorsal e em cama apropriada.
- Não deve usar almofada, fralda, gorros, babetes, brinquedos ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça.
- Não cubra demasiado o bebé – a cabeça deve estar sempre descoberta - a roupa não deve ultrapassar a linha mamária e os cobertores não devem ser pesados e, não fazer dobras nos lençóis
- Temperatura ideal do quarto deverá estar entre 18-21 °C e o ambiente deve ser arejado frequentemente.
- Vestir a roupa de forma que o bebé se sinta confortável - não demasiado quente, para isso avaliar com o dorso da sua mão na nuca ou no tronco do bebé poderá avaliar facilmente se ele está muito aquecido
- O uso de chupeta sem a corrente é um fator preventivo.
- Os pés da criança devem bater no fundo da cama/berço.
- O colchão deve ser semirrígido, mas confortável.
- Os pais e/ou familiares não devem fumar dentro de casa (Sociedade Portuguesa da Neonatologia, 2020).

Ensinar mãe/pai sobre choro

- Informar que o choro é um método de comunicação utilizado pelo RN para comunicar uma necessidade, para a qual necessita de ajuda;
- Explicar que o tempo de contacto com o recém-nascido pré termo e a experiência com RN no passado contribuem para a capacidade de identificar a causa responsável pelo choro;
- Explicar que as causas do choro podem advir de necessidades físicas ou emocionais, sendo as causas físicas mais comuns: a fome, o desconforto, a dor, o sono e as causas emocionais o sentir-se desprotegido, pedir mimo ou estar exausto, sendo estas últimas de mais difícil identificação;
- Informar que relativamente às necessidades físicas, foram identificados 5 sons que precedem o choro e orientam-nos na identificação da sua causa, como sendo: " Neh" relacionado com a fome; " Eh " relacionado com o desconforto gástrico alto e necessidade de eructar; "Eairh" relacionado com o desconforto gástrico baixo, típico da cólica; " Heh" relacionado com o desconforto físico, como sendo o frio/calor/ fralda suja e por fim o "Owl" relacionado com o sono;
- Explicar que a chave para a compreensão da comunicação do RN baseia-se na atenção prestada não só ao choro, mas também aos movimentos dos membros e expressões faciais;
- Informar que mesmo quando inconsolável, o choro é na maioria das vezes característico da fase desenvolvimental do RN. No entanto, se após avaliação e resolução de todas as causas anteriormente descritas o RN continuar a chorar inconsolavelmente, deve ser observado por um profissional de saúde, para excluir causas clínicas;

- Explicar que o choro inconsolável pode ter como consequência a frustração parental, a exaustão, stress e ansiedade parentais, ter impacto negativo no relacionamento do casal, ter um impacto negativo e dificultador na vinculação e apego, e pode causar até perda do controlo, colocando o RN em risco;
- Informar sobre o risco de lesões cerebrais graves características da síndrome do bebé abanado e da sua relação com o choro persistente do RN;
- Informar a mãe que durante os primeiros três meses de vida, os RN são ainda muito sensíveis a estímulos semelhantes aos vivenciados durante o período intrauterino, denominando-se este período por 4º trimestre (Saraiva et al, 2020).

#### Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil

- Esclarecer que a massagem infantil e a massagem abdominal são técnicas diferentes com propósitos distintos;
- Informar que a massagem abdominal tem como propósito intervir de forma a facilitar a movimentação e eliminação de gás e fezes;
- Informar que o desconforto abdominal é uma das causas do choro no RN, sendo importante observar as características do abdómen: mole, duro, timpanizado, distendido;
- Informar que em caso de se apresentar timpanizado, poderá ser benéfica a realização de massagem abdominal antes da troca da fralda, as vezes consideradas necessárias;
- Esclarecer que a massagem deve iniciar com um toque suave, de forma a permitir ao RN a preparação para a interação (Alves, 2023).

#### Instruir a mãe/pai a massajar a criança

- Massajar o abdómen com movimentos suaves, mas firmes, potenciando a movimentação de gás e fezes ao longo do cólon ascendente, transverso e descendente;
- Se o RN se apresentar tenso, a chorar e não tolerar sequer o toque no abdómen, não irá tolerar a massagem, pelo que a mesma deve ser adiada;
- Informar de que pode recorrer à mnemónica "I love you", por forma a ser mais fácil lembrar a orientação da massagem, repetindo o movimento três vezes em cada parte;
- O "I" refere-se ao movimento de massagem no lado direito do abdómen, potenciando a movimentação do conteúdo fecal do cólon ascendente;
- O "L" refere-se ao movimento de massagem na parte superior do abdómen, seguida do lado esquerdo do abdómen, imitando um L invertido, promovendo a mobilização do conteúdo do cólon transverso e descendente;
- O "U" refere-se ao movimento de massagem do lado esquerdo do abdómen, inferior e lado direito, completando assim a massagem;
- Informar que pode ser também utilizada a técnica de flexão dos membros inferiores sobre o abdómen, que pode ajudar na eliminação de gás (Alves, 2023).

#### Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro

- Informar sobre os métodos que podem ser utilizados para ajudar o RN a acalmar o choro como sendo: a contenção, ao envolver o RN com um lençol ou fralda de pano; a posição lateral ou ventral, de barriga para baixo; o ruído branco semelhante ao "shhhh"; o embalar e a sucção não nutritiva. Todos os 5 métodos descritos funcionam pelo facto de se assemelharem ao ambiente uterino, com o qual o RN prematuro estava familiarizado e do

qual sente falta;

- Explicar que o contacto pele a pele poderá também ser uma boa estratégia para gerir o choro pelo facto do contacto com a mãe ser algo que o RN necessita, sendo o período dos primeiros três meses de vida característico de uma maior dificuldade em lidar com estímulos externos ambientais, sendo o RN, especialmente o RNPT ainda muito sensível aos estímulos semelhantes aos vivenciados no útero (Hernandez, 2023)

#### **4.7. Síntese relativa ao caso**

A conceção de cuidados foi dividida em 2 momentos cruciais.

O primeiro momento, foi destinado ao levantamento das necessidades destes pais, dada a estabilização clínica da bebé e a passagem para a unidade de cuidados intermédios, pressupondo um regresso a casa a curto prazo.

O segundo momento destinou-se à avaliação da incorporação dos conhecimentos transmitidos no primeiro momento, tendo por base os indicadores de processo – conhecimento, capacidade, consciencialização, significados e autoeficácia.

Contudo, existem 3 sessões criadas. A 2ª sessão serve apenas para validação dos conhecimentos, onde não foi necessário intervir, como será explanado na síntese.

##### **A 1ª sessão**

Nesta sessão, estavam presentes a mãe e o pai, o que permitiu que fossem explanadas e exploradas as dúvidas de ambos.

Este contacto destinou-se a identificar quais as necessidades major destes ao cuidar da recém-nascida. Assim, foram abordados temas gerais e essenciais de cuidado ao bebé, como os cuidados de higiene, a troca da fralda, a segurança, o choro, etc., com o intuito de perceber onde se traduziam as suas dificuldades.

Higiene e conforto: relativamente aos cuidados de higiene, os pais mostraram ter o conhecimento adequado sobre a higiene desta e de como a realizar. Quando observados a dar banho à sua bebé, apresentam destreza e capacidade, realizando os procedimentos de acordo com o abordado, desde a colocação da água, ao uso adequado dos produtos, bem como a maneira de lavar e secar a Camila. Também tratam de forma adequada do coto umbilical.

Ingestão nutricional: A camila é amamentada. A mãe não apresenta dificuldades na amamentação, realizando este procedimento de uma forma natural e calma. Esta eficácia traduz-se no aumento de peso da Camila e nos seus progressos de desenvolvimento.

Sono: Quanto ao sono e repouso, neste momento, não é uma atividade que careça de

preocupação. Os pais conseguem facilmente adormecê-la e protegê-la dos estímulos a que está sujeita na unidade. Relevam a importância de respeitar os períodos de sono, levam-na por vezes ao pé da janela para fazê-la começar a perceber o dia da noite. A Camila tem um sono profundo e tranquilo.

Vigilância e promoção da saúde: a mãe é preocupada e procura informar-se sobre os parâmetros que deve vigiar na Camila. As vacinas foram administradas na unidade e os pais concordam, dando importância à sua toma.

Segurança: a segurança engloba vários parâmetros e a dificuldade sentida foi na abordagem do síndrome de morte súbita. Foram levantadas questões sobre o que era, como podiam agir e prevenir este acontecimento. Por outro lado, os pais levaram a cadeira de viagem para a Camila realizar o teste da cadeira, preparando o seu regresso ao domicílio. A cadeira cumpria o necessário para um transporte seguro e os pais foram capazes de a colocar na cadeira de forma eficaz e segura.

Choro: o choro foi o tema que despertou mais curiosidade e suscitou mais dúvidas. A mãe referiu que dada a intercorrência com o parto não assistiu a todas às aulas de preparação para a parentalidade e por isso tem várias dúvidas sobre os tipos de choro, referindo-se em particular à cólica.

Crescimento e desenvolvimento: a mãe sabe que há várias fases de crescimento e de desenvolvimento, carecendo estas também de diferentes estratégias.

Assim, foram levantadas as necessidades desta família. Tornou-se fundamental capacitar os pais sobre a prevenção de morte súbita, o choro do recém-nascido, com especial ênfase na cólica.

Timing das Intervenções:

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução de sinais de dor (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução da ventilação (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução de sinais de arritmia (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução da pressão sanguínea (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução da eliminação intestinal (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução da eliminação urinária (1x turno e/ou SOS)

Avaliar evolução da integridade dos tecidos (1x turno e/ou SOS)



Avaliar evolução da temperatura corporal (1x turno e/ou SOS)

A avaliação dos sistemas corporais, pelo menos 1x/turno, permite-me a monitorização contínua e eficaz do estado clínico do recém-nascido. Assim, garanto que lhe proporciono uma estabilidade clínica adequada, com a vigilância dos principais parâmetros que podem alterar e levá-lo a um quadro clínico complicado.

A avaliação 1x/turno não é imperativa, ou seja, se for detetada alguma alteração, a avaliação deve ser realizada fora do horário estipulado e/ou tantas vezes quanto necessárias até se atingir a estabilidade pretendida, daí a avaliação em SOS.

Avaliar evolução do sono (Sem horário)

Avaliar evolução da ligação mãe-filho (Sem horário)

Avaliar evolução da ligação pai-filho (Sem horário)

O sono do recém-nascido não corresponde a um padrão, estes têm ciclos de sono mais curto, sem um ritmo circadiano definido, daí não poder ser estipulado um horário fixo para a sua avaliação, sendo importante avaliar todos os momentos em que o bebé dorme.

A ligação mãe e pai – filho também não deve ser avaliada num horário fixo. Dada a dinâmica da relação e interação dos pais com o bebé, esta não segue um padrão rígido ou fixo, podendo ser alvo de avaliação a cada momento de interação, desde o toque, à alimentação, ao contacto visual ou à simples presença.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto (Neste contacto)

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional (Neste contacto)

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso (Neste contacto)

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde (Neste contacto)

Os parâmetros respeitantes ao papel parental desenvolvimental relacionados com higiene e conforto, ingestão nutricional, sono e repouso e vigilância e promoção da saúde foram avaliados neste contacto. Dado o conhecimento estar presente e não ser necessário intervir, não se justifica reagendar uma nova avaliação - Para este efeito foi criada uma sessão (a 2ª sessão), com o intuito único de avaliar estes parâmetros.

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita (Neste contacto)

Ensinar mãe/pai sobre choro (Neste contacto)

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro (Neste contacto)

Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil (Neste contacto)



Instruir a mãe/pai a massajar a criança (Neste contacto)

Treinar mãe/pai a massajar a criança (Neste contacto)

As intervenções do tipo “Ensinar” também foram programadas para este contacto, com base no levantamento de necessidades realizado e dado os pais reunirem as condições necessárias para a implementação desta intervenção. Mostram-se disponíveis, interessados, fazem questões pertinentes e adequadas.

Quanto às intervenções do tipo “instruir” e “treinar”, também foram implementadas neste contacto, no decorrer da massagem infantil. Dado que esta só se complementa com a componente mais prática, correspondente à técnica de execução, não faria sentido apenas explicar a teoria da massagem.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança (Próximo contacto)

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido (Próximo contacto)

Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido(Próximo contacto)

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro (Próximo contacto)

Os temas em que os pais necessitavam de capacitação, deveriam, posteriormente, ser alvo de avaliação, não só para apurar a eficácia da intervenção, mas também para tirar dúvidas que poderiam surgir apenas com a implementação das estratégias fornecidas. Assim e, em concordância com os pais, foi estabelecido que num próximo contacto seriam discutidos estes temas.

## **A 2ª Sessão**

O segundo contacto destinou-se à avaliação e discussão dos parâmetros abordados no contacto anterior.

Através da informoterapia, foram transmitidos aos pais conhecimentos sobre os assuntos em que estes apresentaram mais dúvidas e preocupação.

Os pais falaram de uma forma simples e clara sobre o choro. Agora, sabem identificar os vários tipos de choro que existem e a forma como estes podem ser transmitidos pela Camila. Ressalvam o facto de ser uma tarefa difícil, pois a Camila não segue um padrão e se manifesta tal e qual aquilo que aprenderam em teoria, mas reconhecem a importância de saber mais sobre os motivos pelo qual ela pode chorar e como atuar de uma forma mais eficaz.

Aqui, falam do choro associado à cólica e das suas características, notando que já conseguem reconhecer por períodos isto na sua bebé.

A massagem infantil tem sido implementada por estes durante as visitas na unidade. Quando

observados, seguem os passos da massagem e, acima de tudo, respeitam o timing da bebé. Ainda não notam grandes diferenças, mas consideram que o tempo vai ditar uma melhoria na cólica.

Quanto à síndrome de morte súbita, quando questionados, falam de forma assertiva de como a prevenir, referindo os cuidados cruciais: posicionamento da bebé, temperatura ambiente, composição do berço, uso da chupeta.

Os pais concluem que se sentem mais preparados e confiantes para cuidar da Camila com segurança.

A implementação do modelo de parceria de cuidados permitiu a participação ativa dos pais nos cuidados diários ao recém-nascido, começando por aí a criação de um vínculo afetivo. O foco foi uma abordagem humanizada, que respeitou as necessidades emocionais, sociais e culturais desta família. A parceria de cuidados resultou na capacitação dos pais, levando-os a interpretar os sinais do seu bebé e tornando-os mais confiantes e preparados para a prestação de cuidados.

A informoterapia foi a intervenção mais utilizada ao longo da conceção do plano de cuidados. Através do fornecimento estruturado e orientado de informações, o objetivo foi empoderar os pais, reduzindo a sua ansiedade e promovendo um cuidado mais eficaz, não só durante o internamento, mas essencialmente aquando do regresso a casa (Santos et al., 2014).

Pais bem informados, tendem a seguir mais rapidamente e de forma correta as orientações dadas pelos profissionais de saúde. O regresso a casa de um bebé prematuro é um verdadeiro desafio para os pais e ainda mais difícil se torna se não estiverem preparados de forma adequada. Assim, através da informoterapia, garanti que estes possuem os conhecimentos necessários para o cuidado do recém-nascido no dia-a-dia (Santos & Almeida, 2020).

### **A Cólica**

A cólica no recém-nascido e lactente é um problema comum e angustiante para muitos pais. De acordo com a definição, a cólica pode caracterizar-se por episódios frequentes de choro intenso, aparentemente sem causa, durante os primeiros meses de vida.

A cólica no recém-nascido é, geralmente, definida como períodos de choro excessivo e inconsolável que duram mais de três horas por dia, em três ou mais dias por semana, durante pelo menos três semanas consecutivas, normalmente entre as 2ª e a 3ª semanas de vida até cerca dos 3-4 meses. Durante esses episódios, o bebé parece ter dificuldades para se acalmar e está frequentemente irritado, com as pernas dobradas em direção ao abdómen, o que pode indicar dor abdominal (Pereira, 2021).

As causas da cólica neonatal ainda não são completamente compreendidas, mas são vários os fatores que podem contribuir para o seu aparecimento, como: a imaturidade do sistema

digestivo, as alterações na microbiota intestinal, alergias alimentares e/ou intolerâncias, fatores psicológicos e emocionais ou fatores ambientais e genéticos (Gomes, 2019).

Segundo Hanson (2020), para que os pais possam compreender de uma forma adequada a cólica do seu bebê, é fundamental que compreendam algumas informações chave, que os possam ajudar a lidar com a situação de forma mais eficaz e a minimizar o impacto desta tanto para o bebê, quanto para a família, então devem:

- Entender a cólica, ou seja, compreenderem e terem em mente que a cólica é uma condição transitória e comum. É algo natural, não relacionado somente com eles ou com o bebê e não significa a presença de doença ou de um bebê não saudável.
- Para amenizar o efeito da cólica, podem aplicar técnicas de conforto. Os movimentos suaves, o ruído branco, a massagem, pode reduzir o impacto da cólica, diminuindo os períodos de choro intenso.
- Sempre que possível, não esquecendo que a cólica é uma situação comum e natural, devem descartar possíveis causas subjacentes, como as alergias alimentares ou as intolerâncias.

A massagem infantil tem-se revelado uma técnica terapêutica com benefícios no tratamento de cólicas em bebês. Com movimentos suaves e delicados, direcionados à zona abdominal, ajudam no alívio da tensão muscular abdominal e na estimulação da digestão, traduzindo-se em conforto para o bebê.

Estudos têm demonstrado que a massagem pode ser eficaz no alívio das cólicas, principalmente por promover a melhoria da função digestiva e o conforto do bebê. Além disso, a prática contribui para a construção do vínculo afetivo entre pais e filhos, o que é fundamental para o desenvolvimento emocional do bebê (Harrison, 2020).

Contudo, a realização da massagem exige que se sigam algumas regras fundamentais e é necessário transmitir essas instruções aos pais. No momento da massagem, segundo Silva (2023):

Deve haver um ambiente tranquilo, calmo e sem interrupções, com luz suave e temperatura agradável, pois ajudará o bebê a relaxar, sem espaço para distrações;

O bebê deve ser posicionado de barriga para cima, numa superfície firme, mas que lhe seja confortável;

Os movimentos de execução da massagem, devem fazer-se usando as pontas dos dedos, com movimentos circulares suaves e lentos, respeitando o sentido dos ponteiros do relógio, a fim de favorecer a estimulação do trânsito intestinal e aliviar os gases;

O tempo e a frequência são importantes. Respeitando os sinais do bebê, a frequência na realização da massagem ajudará a longo prazo.

A massagem infantil destaca-se como uma técnica alternativa, não invasiva e sem custos elevados, podendo ser ensinada pelos profissionais de saúde de forma simples e prática, durante as interações. Oferece benefícios tanto físicos como emocionais (Silva, 2023).

## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

### AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O título de especialista atribui ao enfermeiro o reconhecimento formal de que possui competências avançadas nos domínios científico, técnico e humano, permitindo-lhe prestar cuidados de enfermagem não apenas de carácter geral, mas sobretudo especializados na área específica da sua formação.

Embora seja fundamental a aquisição de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, considere relevante iniciar esta reflexão abordando, em primeiro lugar, as competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área clínica em que se insiram. Estas competências, designadas como comuns, constituem o alicerce fundamental da prática avançada em enfermagem especializada e englobam a capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados de saúde, bem como exercer funções de formação, investigação e assessoria no contexto do exercício profissional especializado (OE, Regulamento nº 140/2019, 2019).

No processo de especialização, a aquisição destas competências nucleares estrutura-se em quatro domínios fundamentais: (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; (3) gestão dos cuidados de enfermagem em contextos especializados; (4) desenvolvimento e consolidação das aprendizagens profissionais. No decurso das unidades curriculares de estágio de natureza profissional com relatório – Módulo I e Módulo II, tive a oportunidade de desenvolver estas competências em diferentes contextos clínicos, os quais serão analisados e detalhados de seguida.

#### 1) Responsabilidade Profissional, Ética e legal

No exercício da sua atividade diária, o enfermeiro deve reger-se pelos princípios estabelecidos previamente no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, um instrumento normativo que define os deveres éticos e profissionais que orientam a prática de enfermagem (OE, 2015b). Este é um documento que não deve ser encarado apenas como um conjunto de condutas ou diretrizes formais, mas sim como um referencial a ser integrado na prática quotidiana, garantindo a prestação de cuidados de enfermagem com responsabilidade, integridade e respeito pelos direitos humanos (OE, 2015b).

A prestação de cuidados deve assentar num compromisso contínuo com a qualidade e com a segurança, assegurando que todas as intervenções respeitam a dignidade da pessoa humana e promovem o seu bem-estar global, de acordo com os princípios legislativos em vigor (Lei

nº156/2015). Neste sentido, ao longo dos diferentes contextos de estágio, todas as decisões clínicas e assistenciais foram tomadas em conformidade com as disposições éticas e legais, garantindo que a abordagem ao cuidado da criança, do jovem e da família se pautasse por um modelo de parceria. A interação com os pais ou cuidadores foi sempre conduzida de modo a promover o seu envolvimento ativo no processo terapêutico, assegurando respostas individualizadas e ajustadas às necessidades específicas decorrentes de patologias ou desafios do desenvolvimento ao longo do ciclo vital.

Durante a minha prática clínica nos diferentes campos de estágio de natureza profissional, observei e apliquei de forma rigorosa os princípios consagrados no código deontológico da profissão, assegurando a plena responsabilidade profissional. Paralelamente, promovi a cooperação e o respeito mútuo no seio da equipa multidisciplinar, reconhecendo a importância da colaboração interprofissional para a prestação de cuidados de elevada qualidade.

Ao longo dos quatro estágios de natureza profissional, priorizei a adoção de uma abordagem profissional sustentada nos princípios da ética e da segurança, garantindo o cumprimento das normas bioéticas que regem a prática assistencial. Mantendo um compromisso inabalável com a promoção dos direitos humanos, assegurei que cada interação com as crianças/jovens e as suas famílias e demais profissionais, fosse pautada pelo respeito, pela dignidade e pela equidade.

Assegurei que toda a informação clínica consultada fosse tratada com absoluto sigilo, garantindo a sua não divulgação e respeitando integralmente os princípios da confidencialidade e da privacidade. No exercício diário da prática profissional, cumpro os direitos fundamentais no que concerne ao acesso à informação sobre o estado de saúde, salvaguardando o direito à informação, à proteção da privacidade e à confidencialidade dos dados clínicos. Foi recorrente a solicitação de esclarecimentos por parte dos pais/cuidadores, relativamente a informações clínicas dos seus filhos, nomeadamente no que se refere aos diagnósticos médicos ou resultados de exames complementares de diagnóstico – nestes casos esclareci que a divulgação desta informação não faz parte das competências abrangidas pelo exercício profissional de enfermagem, procedendo ao encaminhamento para os profissionais de saúde aos quais é conferida essa responsabilidade profissional.

Ressalvo que ao longo da prestação de cuidados durante o estágio, garanti o respeito pela privacidade e pela intimidade da criança e dos seus responsáveis legais, com uma comunicação clara e ética. Antes da realização de qualquer procedimento, informei de forma detalhada sobre a natureza, objetivos e potenciais implicações, garantindo que os pais, ou a criança, quando aplicável, tivessem oportunidade de expressar o seu consentimento ou recusa. De acordo com o Decreto de Lei nº48/95, o consentimento informado é juridicamente válido apenas quando prestado por indivíduos com idade igual ou superior aos 16 anos, quando possuem capacidade para compreender o seu significado e as consequências no momento de decisão. Esta norma orientou a minha prática, sendo por este motivo, na maior parte das vezes, pedido

consentimento aos pais.

Contudo, neste sentido e refletindo a importância do sigilo profissional, é verdade que posso constatar que os profissionais de saúde demonstraram um compromisso consistente com o princípio da privacidade, mas há desafios que devem ser ultrapassados. No serviço de urgência (SUP) o momento da passagem de turno torna-se um desafio ao respeito da privacidade e sigilo profissional. Dado os fatores estruturais e organizacionais, como limitação do espaço físico, sobrelotação e a partilha de áreas comuns entre os profissionais e os pais/crianças, é comprometido, em alguns momentos, a privacidade e a confidencialidade no momento de transmissão de informação. Assim, o ideal seria que existisse um lugar destinado à passagem de turno, onde fosse possível a explanação da conceção de cuidados, mas também a discussão/reflexão sobre certas situações, importantes para a melhoria dos cuidados.

Na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), os pais têm que sair durante a passagem de turno, aguardando que a mesma acabe para regressar para junto do seu filho. De acordo com os direitos da criança hospitalizada, expostos na carta da criança hospitalizada (European Association for Children in Hospital [EACH], 2008), a criança tem o direito de ter os pais ou figura parental a todo o momento a seu lado. Assim, mesmo que sendo por um curto período, não é totalmente respeitado, devendo haver assim um espaço para a passagem turno acontecer.

Tendo em conta o que foi explanado anteriormente, posso também refletir sobre uma situação, que me marcou e ajudou, particularmente, a crescer enquanto profissional.

Durante o Ensino Clínico no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). Fui chamada para auxiliar no atendimento de uma adolescente de 15 anos, admitida com queixas de dor abdominal intensa e presença de secreções vaginais. A jovem encontrava-se visivelmente ansiosa e desconfortável, evitando manter contacto visual e respondendo de forma vaga às perguntas da equipa de saúde. Durante a anamnese, realizada inicialmente na presença da mãe, a adolescente manifestou algum embaraço e recusou dar informações detalhadas sobre o seu quadro clínico.

Mais tarde, quando me aproximei para avaliar o seu estado e estabelecer uma comunicação mais empática, a jovem, num tom hesitante, confidenciou-me que tinha iniciado recentemente a sua atividade sexual, mas que não queria que a mãe soubesse. Dado o contexto e a necessidade de uma abordagem ética e profissional, assegurei um ambiente de escuta ativa, promovendo a sua privacidade e explicando que a confidencialidade das informações prestadas seria respeitada dentro dos limites ético-legais.

Reconhecendo a complexidade da situação, informei de imediato a enfermeira tutora e a equipa médica, garantindo que a adolescente fosse avaliada num espaço mais reservado para preservar a sua dignidade e conforto. Paralelamente, transmiti-lhe a importância de partilhar a informação com a equipa de saúde para que pudesse receber um acompanhamento clínico

adequado, nomeadamente no despiste de eventuais infeções ou complicações ginecológicas.

Com o apoio da equipa, a adolescente foi orientada quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, esclarecendo dúvidas de forma sensível e sem juízos de valor. Após um momento de reflexão e encorajamento, a jovem aceitou partilhar a situação com a mãe, permitindo assim um suporte familiar mais eficaz. Este diálogo foi mediado pela equipa de enfermagem e médica, garantindo que a informação fosse transmitida de forma respeitosa e adaptada ao contexto familiar.

Esta experiência reforçou a importância de promover um atendimento que salvaguarde a privacidade, a autonomia e a dignidade, especialmente em contextos pediátricos onde a vulnerabilidade e os fatores socioculturais podem condicionar a comunicação. Além disso, fomentou momentos de reflexão entre os profissionais sobre a relevância da confidencialidade e da abordagem holística na prática assistencial, evidenciando que a preocupação com a privacidade e o bem-estar emocional dos utentes é uma prioridade partilhada por toda a equipa de saúde.

O exemplo mencionado é um exemplo que reflete a minha preocupação contínua em promover a participação ativa de toda a equipa multidisciplinar no processo de tomada de decisão. A integração de diferentes perspetivas profissionais permite, não só a identificação e valorização das competências individuais de cada membro da equipa, mas também fomenta um modelo de decisão colaborativo e participativo. Assim, incentivei a discussão conjunta do planeamento assistencial, promovendo uma abordagem holística e interdisciplinar na definição das intervenções de enfermagem.

Paralelamente, procurei assegurar reconhecimento e promoção da autonomia, respeitando a individualidade de cada pessoa como um ser autónomo e detentor de crenças, valores e direitos. A tomada de decisão foi orientada pelos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Esta abordagem encontra-se em conformidade com o estabelecido no Regulamento das Competências Comuns nº 140/2019, da ordem dos enfermeiros (OE, 2019).

## 2) Melhoria contínua da qualidade

Nos dias de hoje, cada vez mais se sabe que a enfermagem é uma disciplina que exige um compromisso contínuo com a aprendizagem, dado que opera num contexto de constante evolução científica e tecnológica. O dinamismo da saúde e a complexidade dos desafios clínicos, impõe a atualização permanente, permitindo ao enfermeiro adaptar-se e responder eficazmente às exigências dos cuidados de saúde, garantindo a sua intervenção baseada na melhor evidência científica disponível (Lepesteur, 2024).

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, a formação contínua é um dever inerente à profissão. Assim, no âmbito de aquisição desta competência, procedeu-se à consolidação dos padrões e indicadores de qualidade enquanto ferramentas essenciais para



atingir uma prática de excelência para impulsionar o desenvolvimento e o suporte das iniciativas estratégicas (OE, 2018).

A aquisição desta competência comum demonstrou ser um desafio, nomeadamente pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as orientações de qualidade, de forma a permitir a mobilização integrada de saberes e competências. Este aprofundamento visou a conformidade com a norma internacional dos sistemas de gestão da qualidade (Norma ISO 9001), abrangendo dimensões como: orientação para o cliente e sustentabilidade do sucesso; liderança e gestão; envolvimento dos colaboradores; abordagem orientada para processos; melhoria contínua; tomada de decisão fundamentada em evidências; e gestão das relações.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sublinha-se a importância e a necessidade de implementar uma política de formação contínua, que impulse o desenvolvimento profissional e a melhoria da qualidade (OE, 2012). Esta perspetiva estabelece uma analogia entre o enfermeiro especialista e o formador mais perito, uma vez que a ação deste último incide diretamente na melhoria contínua tanto dos conhecimentos, como das práticas.

No sentido de promover o desenvolvimento de competências de formação, a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e o avanço das aprendizagens profissionais, defini como prioridade identificar e colmatar eventuais lacunas de formação na área da SIP. Assim, procedi a um diagnóstico das necessidades relacionadas com o tema do meu projeto de desenvolvimento profissional – cólica no recém-nascido e lactente – recorrendo a reuniões informais com os enfermeiros dos diversos serviços, tutores EESIP, bem como com o enfermeiro gestor e os coordenadores. Neste contexto, considerei prioritárias as atividades formativas associadas à temática da cólica, fundamentadas na evidência científica mais recente.

Neste sentido, tornou-se fundamental rever as práticas face aos novos paradigmas na área de especialidade e, à luz da evidência científica, repensar nos processos e nas metodologias de trabalho, especificamente na abordagem da cólica no recém-nascido. A discussão de resultados relativa à temática foi realizada em todos os campos de estágio de natureza profissional. A participação dos profissionais foi importante, reconhecendo-se a pertinência para a aprendizagem e para a mudança de comportamentos, visando a melhoria dos cuidados prestados.

A capacidade de planear a divulgação da informação demonstrou ser uma mais-valia para o meu desenvolvimento, tanto a nível pessoal como profissional, permitindo não só consolidar os conhecimentos e aprofundar a compreensão sobre a temática, como também aperfeiçoar as competências de organização e de gestão. Acredito que esta atitude possibilitou a incorporação de novos saberes, assentes em evidência científica, contribuindo para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem através de uma prática mais reflexiva, estruturada e de elevada qualidade, num ambiente sujeito a constantes transformações e incertezas.

Pelo exposto, no âmbito desta competência comum do enfermeiro especialista, considero que, ao desenvolver competências na área da qualidade, contribuí igualmente para a melhoria dos cuidados prestados.

### 3) Gestão dos cuidados

O EEESIP deve, no exercício da sua prática, deter competências de gestão que lhe permitam coordenar eficazmente a sua equipa, assegurando a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, ajustados ao contexto e às necessidades específicas de cada situação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), que define as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a gestão dos cuidados de enfermagem constitui uma responsabilidade essencial deste profissional. O enfermeiro especialista assume um papel ativo na organização e otimização da resposta da sua equipa, articulando-se com a equipa multiprofissional para assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, evidencia capacidade de adaptação ao exercício da liderança e de gestão eficiente dos recursos, ajustando-os à situação e ao contexto clínico, de forma a maximizar a qualidade da assistência.

De acordo com Martins et al (2024), a gestão dos cuidados exige que haja um planeamento rigoroso, adequada disponibilização de recursos humanos e uma liderança eficaz dentro de equipa. A supervisão surge como um elemento fundamental neste processo, promovendo a reflexão crítica e a discussão sobre a prática assistencial e os modelos de liderança adotados, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados.

O EESIP no contexto de prestação de cuidados ao binómio criança/família não se apoia apenas no conhecimento técnico e cognitivo, mas também em competências de gestão e organização dos cuidados. Entre essas competências, destacam-se a liderança e a tomada de decisão, essenciais para uma intervenção clínica eficaz e para a otimização dos processos assistenciais.

Nos dias de hoje, as crianças e os seus pais apresentam uma postura mais crítica, exigente e informada relativamente aos seus direitos no âmbito dos cuidados de saúde. Este fenómeno implica a necessidade de uma transformação nos paradigmas estratégicos de gestão dos cuidados dentro das organizações de saúde. Como consequência, as próprias instituições, que procuram aumentar a sua competitividade e qualificação, têm de responder de forma eficaz às necessidades e expectativas destes utilizadores (Lopes, 2021). Este cenário representa um desafio significativo para os gestores dessas organizações, que se veem confrontados com a tarefa de assegurar a prestação de serviços de saúde de alta qualidade e eficiência, enquanto minimizam os custos associados.

O papel do enfermeiro enquanto gestor e líder é fundamental para promover um ambiente que favoreça a prestação de cuidados de saúde de qualidade e contribua para os ganhos em saúde. Neste contexto, o enfermeiro assume responsabilidades centrais na gestão de recursos

humanos, garantindo a segurança dos cuidados, na administração eficiente de recursos materiais, na gestão do risco clínico e na manutenção de relações profissionais eficazes.

A liderança é vista como um componente essencial da gestão, com os enfermeiros atuando como líderes que comunicam eficazmente com as suas equipas, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e dos resultados em saúde (Silva et al, 2020).

A aquisição de competências nesta área foi facilitada pela assunção, por parte das enfermeiras tutoras, das funções de chefia e de responsáveis de turno na ausência do enfermeiro gestor ou coordenador nos cuidados de saúde hospitalares.

A possibilidade de acompanhar as enfermeiras com funções de liderança potenciou ainda mais o desenvolvimento das minhas competências, proporcionando diversas oportunidades de reforço e consolidação de aprendizagens. Este processo foi particularmente relevante no que respeita à gestão de recursos humanos e materiais, oferecendo-me uma visão prática e estratégica das responsabilidades associadas a esses aspetos. Além disso, a assessoria prestada aos enfermeiros e à restante equipa, cooperando ativamente na tomada de decisões e apresentando soluções eficientes, foi essencial para a resolução de eventuais constrangimentos que surgissem no decorrer da prestação de cuidados. Este envolvimento permitiu-me também compreender de forma mais aprofundada o impacto das decisões no fluxo de trabalho e na qualidade dos cuidados prestados.

No SUP e nas unidades de pediatria e de cuidados intensivos neonatais, mesmo na presença do enfermeiro gestor, é atribuída a função a um enfermeiro de enfermeiro responsável de turno. Esta função é geralmente desempenhada pelo enfermeiro mais experiente e, preferencialmente, por um enfermeiro especialista, como estipulado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017). Atribuo particular importância ao facto desta função ser atribuída ao EESIP, uma vez que este é o profissional mais capacitado, com competências não apenas clínicas, mas também na área da gestão.

Entre as principais funções atribuídas ao enfermeiro responsável de turno, destaco a competência e aptidão para garantir a supervisão contínua dos cuidados prestados, gerir adequadamente os materiais e os fármacos e, tomar decisões em colaboração com a equipa multidisciplinar. Além do mais, o enfermeiro responsável de turno deve coordenar e executar ações de enfermagem em situações complexas, assegurando uma resposta eficiente e segura aos cuidados da criança/jovem, o que contribui para a qualidade global da assistência prestada.

Na UCIN, a enfermeira responsável de turno, antes deste se iniciar, tem a função de distribuir os enfermeiros pelos recém-nascidos, tendo em consideração a complexidade dos casos e a experiência de cada enfermeiro da equipa naquele turno. De forma semelhante, no internamente de pediatria, a gestão de recursos humanos é realizada pela chefe de equipa do

turno que está a terminar, com igual responsabilidade de distribuir crianças/jovens entre os enfermeiros, conforme a sua experiência e a exigência dos cuidados que cada um necessita.

Sob jeito de reflexão, considero que a abordagem adotada no serviço de internamento de pediatria, em que a gestão é feita pelo enfermeiro que está de saída do turno, tem uma vantagem mais significativa. Isto, porque o enfermeiro que se encontra de saída tem uma visão mais precisa da exigência do serviço, o que lhe permite uma distribuição mais ajustada, de acordo com a complexidade das necessidades das crianças e jovens. Isto porque, na UCIN, é comum que a enfermeira responsável, ao entrar, sinta necessidade de questionar os enfermeiros do turno anterior sobre a complexidade ou cuidados de que alguns recém-nascidos precisam.

A forma como os enfermeiros são distribuídos pelas crianças/jovens tem um impacto importante na qualidade dos cuidados, já que a adequação da carga de trabalho ao perfil de competência e à complexidade dos casos, é essencial para garantir uma melhor assistência e eficácia.

#### 4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O processo de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem devem ser sustentadas por uma base de conhecimento sólido, atual e relevante, assegurando que as ações desenvolvidas são as mais adequadas às necessidades da criança/jovem e famílias. Este é um princípio essencial para garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Nesse sentido, o enfermeiro especialista ocupa uma posição diferenciada no cenário da prática clínica, sendo responsável por aplicar um conhecimento especializado e baseado em evidência científica em todas as suas decisões. A capacidade de um enfermeiro especialista em reunir e analisar dados clínicos, considerando as melhores práticas científicas e contextualizar essa informação de forma estratégica é o que distingue a sua prática, permitindo-lhe não só tomar decisões mais informadas e mais eficazes, como também garantir que as intervenções de enfermagem são fundamentadas.

Ademais, o enfermeiro especialista exerce uma função facilitadora nas áreas de aprendizagem e investigação, estando profundamente envolvido na promoção do desenvolvimento contínuo de competências, tanto para si próprio como para os seus colegas. Através da integração de práticas baseadas em evidência e da colaboração com outras equipas multiprofissionais, este profissional contribui significativamente para a melhoria da prática clínica e para a implementação de inovações no cuidado. O envolvimento ativo do enfermeiro especialista em processos de investigação, juntamente com a sua capacidade de aplicar novos conhecimentos adquiridos, desempenha um papel fundamental na procura pela excelência no cuidado, transformando o processo de enfermagem numa prática reflexiva, crítica e em constante evolução. Tal abordagem está alinhada com os princípios estabelecidos no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), que destaca a responsabilidade do enfermeiro especialista na gestão de cuidados, na liderança de equipas e na promoção da melhoria contínua da qualidade dos

serviços de saúde.

Com efeito, considero que a reflexão crítica das nossas ações, tanto enquanto profissionais de saúde como enquanto indivíduos, deve ser uma prática contínua. Devemos ser constantemente autocríticos, avaliando não só a eficácia das nossas intervenções, mas também a forma como as nossas decisões e atitudes impactam o cuidado prestado à criança/jovem e à sua família. A procura incessante pelo conhecimento, com o objetivo de proporcionar cuidados cada vez mais qualificados e centrados nas necessidades dos pacientes, deve ser vista como uma inquietação permanente que move a nossa prática.

Neste sentido, o percurso realizado durante os diferentes Estágios de Natureza Profissional foi fundamental para a ampliação, aperfeiçoamento e desenvolvimento de um vasto conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades. Cada estágio proporcionou-me não apenas o desenvolvimento de competências clínicas, mas também a aquisição de competências específicas relacionadas à minha área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP).

A aprendizagem adquirida nestes estágios foi essencial para consolidar os alicerces da minha prática, permitindo-me integrar as dimensões técnicas e relacionais do cuidado, enquanto me preparo para enfrentar os desafios complexos que surgem no cuidado à criança e ao adolescente.

Ao longo da minha trajetória profissional e académica, procurei sempre fundamentar as práticas de enfermagem na melhor evidência disponível, com o objetivo de garantir que as intervenções realizadas fossem as mais adequadas e eficazes. Este processo exigiu a realização de um diagnóstico aprofundado das necessidades formativas, de modo a assegurar que as competências adquiridas e desenvolvidas fossem relevantes, bem como aplicáveis à realidade da prática clínica, impactando positivamente na qualidade dos cuidados prestados.

Assim, com o intuito de desenvolver conhecimento e aprendizagem, surgiu o tema do meu projeto profissional, que se configurou como uma resposta direta às lacunas identificadas durante o exercício da minha prática. Este projeto envolveu um trabalho árduo e exigente, que se traduziu numa contínua partilha de ideias e discussão, tanto no âmbito da orientação tutorial como nos seminários académicos, sempre com o acompanhamento de especialistas da área. Este processo colaborativo foi crucial para a validação do desenvolvimento, permitindo-me ajustar as estratégias e metodologias às necessidades e desafios encontrados nos contextos práticos. A constante troca de conhecimentos e a orientação contínua proporcionaram uma sólida base para a aplicação de intervenções de enfermagem adequadas e oportunas.

No âmbito do desenvolvimento da minha aprendizagem, destaco ainda a relevância e a disponibilidade de participar nas orientações tutoriais e nos seminários organizados pelos docentes do MESIP. Este ambiente de aprendizagem contínua foi essencial para o meu crescimento profissional, permitindo-me integrar teorias e práticas inovadoras na minha

atuação enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Em resumo, considero que, ao longo deste processo, adquiri competências sólidas neste domínio comum do enfermeiro especialista, que me permitiram consolidar e expandir os meus conhecimentos e habilidades. A participação ativa em seminários e orientações tutoriais foi fundamental para o meu desenvolvimento, ajudando-me a aprofundar a minha prática e a preparar-me de forma eficaz para enfrentar os desafios complexos da minha futura área de atuação.

### **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O EESIP deve evidenciar-se pela prestação de cuidados diferenciados, com especial ênfase no desenvolvimento de competências específicas que permitam oferecer respostas mais adequadas e personalizadas às necessidades decorrentes do ciclo de vida da criança e do adolescente, bem como às necessidades da sua família (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Dessa forma, o enfermeiro especialista deve investir na aquisição de competências que garantam a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade, alinhados com as necessidades de cada criança, ajustando-se às exigências do ciclo de vida e às patologias que possam surgir ao longo desse percurso (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do ser humano, que se torna ainda mais imperativo quando se trata de crianças, grupo particularmente vulnerável (EACH, 2016). Este princípio sublinha a importância de oferecer cuidados que não apenas atendam às necessidades imediatas, mas que também promovam o bem-estar contínuo e o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente.

As competências do EESIP visam:

- a) “Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança”

(OE, 2018, p. 19192)

A seguir, irei refletir sobre os contributos das diversas experiências vivenciadas nos quatro contextos de estágio para o desenvolvimento das competências essenciais do EESIP. Estas experiências foram determinantes na minha formação, permitindo-me consolidar e aplicar as competências adquiridas, tanto no plano técnico como no relacional e, assim garantir a qualidade do cuidado prestado em situações de alta complexidade e exigência clínica.

Cada competência engloba diferentes unidades que serão individualmente analisadas e refletidas.

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

“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

O desenvolvimento infantil e juvenil caracteriza-se por uma progressiva aquisição de competências físicas, cognitivas, emocionais e sociais, mas este processo ocorre num contexto de dependência estrutural dos cuidadores. Esta dependência não se restringe apenas às necessidades básicas de sobrevivência, mas abrange também aspetos fundamentais para o desenvolvimento global da criança/jovem, como estimulação cognitiva, o apoio emocional e a socialização (Mimoso, 2020).

Neste contexto, o ESSIP assume um papel central ao prestar cuidados a um sistema dinâmico e interdependente constituído pela criança/jovem e pela sua família. A unidade familiar, ao representar o primeiro e mais influente meio de socialização e suporte, desempenha um papel determinante na resposta às exigências desenvolvimentais e às necessidades especiais do indivíduo em crescimento. No entanto, a qualidade e eficácia dos cuidados prestados estão condicionados pelo nível de conhecimento, recursos e competências dos cuidadores. O EESIP atua como mediador, proporcionando suporte técnico e especializado que visa complementar e fortalecer a capacidade da família para promover um desenvolvimento saudável e adequado da criança e jovem, dentro dos limites das suas possibilidades e do contexto sociocultural em que está inserida (OE, 2018).

A participação ativa dos pais nos cuidados à criança sempre constituiu uma prioridade na minha intervenção, com o objetivo de potenciar o desempenho parental e fortalecer a sua competência no processo de cuidar. Para esse efeito, foi adotado o modelo de parceria de cuidados de Casey (1993), promovendo a colaboração entre profissionais de saúde, criança e família, assegurando uma abordagem centrada nas necessidades individuais e no desenvolvimento das competências parentais e orientado por intencionalidades terapêuticas.

Neste processo, foi fundamental respeitar os limites impostos pela aptidão, disponibilidade e motivação dos pais para prestar cuidados, bem como para a aquisição de habilidades especializadas. Sempre que possível, procurei igualmente envolver a própria criança, promovendo a sua autonomia e participação ativa nos cuidados que lhe dizem respeito. Além disso, foram salvaguardadas as preferências da criança, garantindo que a sua vontade fosse considerada, dentro dos limites do seu melhor interesse e desenvolvimento.

A negociação foi utilizada como estratégia fundamental para maximizar a participação dos pais e da criança, permitindo uma tomada de decisão partilhada e ajustada às suas capacidades e necessidades. Esta abordagem, conforme preconizado por Casey (1993), representa o mais elevado nível de envolvimento no processo de cuidados, contribuindo para a promoção do bem-estar e equilíbrio do binómio criança-pais, garantindo um ambiente de apoio, aprendizagem e



capacitação.

No contexto hospitalar, os enfermeiros desempenham um papel central na assistência à criança e à sua família, estando presentes ao longo das 24h do dia. Assim, a continuidade de cuidados torna-os a principal referência para a criança e para os seus cuidadores, estabelecendo uma relação de proximidade que contribui significativamente para a adaptação ao processo de hospitalização.

Para além da prestação de cuidados técnicos especializados, a presença constante do enfermeiro assume uma dimensão essencial no suporte emocional e psicossocial, ajudando a criança e os pais a enfrentar os desafios inerentes à hospitalização. A hospitalização pode representar uma experiência potencialmente stressante, marcada por sentimentos de medo, insegurança e perda de controlo, tanto para a criança como para a família (Amaral, 2020). Assim, o enfermeiro atua como um mediador deste processo, promovendo um ambiente terapêutico que favorece o bem-estar, reduz a ansiedade e facilita a compreensão do estado clínico e dos procedimentos necessários. A relação estabelecida entre o enfermeiro, a criança e os pais não só fortalece a adesão ao plano terapêutico, como também potencia a capacitação dos cuidadores, assegurando que a continuidade dos cuidados seja mantida de forma eficaz.

No contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF), foi possível implementar planos de saúde direcionados para a promoção da parentalidade, integrados nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Estas consultas, ao constituírem um espaço privilegiado para a orientação e acompanhamento do desenvolvimento infantil, permitiram a aplicação de estratégias específicas para fortalecer o papel dos pais como agentes ativos na promoção da saúde dos seus filhos.

Através da realização de múltiplas consultas neste âmbito, foi possível desenvolver diversas abordagens facilitadoras da assunção do papel parental em saúde. Entre as estratégias adotadas, destacaram-se a escuta ativa, essencial para compreender as preocupações e expectativas dos cuidadores; o esclarecimento sistemático de dúvidas, garantindo a transmissão de informações baseadas na evidência científica; e a implementação da informoterapia, uma ferramenta fundamental para capacitar os pais, fornecendo-lhes conhecimentos estruturados sobre cuidados antecipatórios ajustados a cada fase do desenvolvimento da criança.

A utilização destas metodologias em idades-chave revelou-se determinante para reforçar a confiança parental, fomentar práticas de cuidados informadas e, consequentemente, contribuir para a promoção da saúde infantil e juvenil de forma sustentável e participativa.

A oportunidade de participar em diversas intervenções no âmbito da saúde escolar, permitiu o desenvolvimento de estratégias como a informoterapia, com o objetivo de desenvolver ações focadas na promoção da saúde de grupos de crianças e adolescentes.



Como a hospitalização constitui um processo mais complexo e mais sensível, considero que no contexto da USF e da UCC, a comunicação tende a ser inicialmente mais eficaz, uma vez que as crianças e os pais permanecem num ambiente familiar, na ausência de um evento crítico iminente, como a situação de doença. No entanto, considero ter desempenhado um papel fundamental ao promover o envolvimento ativo dos pais nos cuidados, em todos os contextos. A colaboração foi estabelecida através de um processo de negociação, permitindo esclarecer e respeitar as preferências da família quanto aos cuidados que desejavam assumir.

“E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

Como EESIP, assumimos um papel fundamental na identificação precoce de patologias e fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da criança e do jovem. Isto porque a nossa atuação se baseia na aplicação de conhecimentos especializados, sustentados pela evidência científica e pelas melhores práticas clínicas, garantindo intervenções céleres e adequadas às necessidades individuais. Esta competência não abrange apenas a vertente terapêutica, mas também a adoção de estratégias preventivas e educativas, promovendo a capacitação das famílias ou cuidadores, na gestão da saúde infantil e juvenil. É assumido um papel determinante na minimização de impactos adversos, contribuindo para a qualidade de vida e um desenvolvimento harmonioso e saudável.

Ao longo deste percurso, foi possível identificar os sinais e sintomas comuns da idade pediátrica, sendo os mais comuns a hipertermia, a cefaleia, a dor abdominal, a obstipação, diarreia, náuseas e vômitos (SPP, 2018). Apesar de considerados característicos, constatei que são condições que geram, frequentemente, ansiedade nos pais ou cuidadores, decorrendo esta preocupação, muitas vezes, do desconhecimento sobre a evolução natural dos sinais e sintomas e da incerteza quanto à melhor abordagem a adotar. Assim, é essencial fornecer informação clara e fundamentada, promovendo o empoderamento para uma resposta tranquila e eficaz face a estas situações.

Assim, o conhecimento adquirido ao longo deste percurso, em cada contexto, aliado à constante atualização, baseada em evidência, revelou-se essencial para a prestação de cuidados adequados e fundamentados. Esta base permitiu-me responder de forma adequada às questões relacionadas com doenças comuns em diferentes fases do desenvolvimento infantil, assegurando uma abordagem qualificada e ajustada (OE, 2018).

No contexto de serviço de urgência pediátrica e do internamento em pediatria, foi possível implementar sistematicamente intervenções de enfermagem direcionados para gestão de sinais e sintomas associados ao processo de doença, por serem locais onde, efetivamente, as crianças recorrem por estarem em processo de doença. Sempre que foi possível, implementei a informoterapia como estratégia educativa, assegurando aquisição de conhecimentos.

A título de exemplo, no Serviço de Urgência, denotei grande dificuldade por parte dos pais em atuarem nos casos de vômitos e/ou diarreia, uma vez que a população pediátrica apresenta uma maior vulnerabilidade a distúrbios hidroeletrólíticos devido à imaturidade dos seus mecanismos de regulação hídrica. Em situações de gastroenterite aguda ou infeções víricas, os pais referiam não saber como atuar, oferecendo demasiados líquidos e, de forma excessiva, potenciando novamente o vômito na criança. Neste tipo de situações, a administração fracionada de líquidos, em pequena quantidade e em intervalos regulares, reduz o risco de agravamento de sintomas, como o reflexo do vômito induzido por uma ingestão abrupta e volumosa (ESPGHAN, 2014).

Assim, a orientação dada aos cuidadores procurou promover a recuperação da criança, mas também a redução de complicações associadas à desidratação, reforçando a importância do empoderamento parental na gestão desta situação clínica comum (OE, 2018).

As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, foram importantes para a realização de diversas intervenções, nomeadamente identificar situações de risco, avaliar conhecimentos e comportamentos, facilitar aquisição de conhecimentos (OE, 2018). Estas intervenções permitiram a monitorização contínua do bem-estar da criança, como também a promoção de práticas preventivas que contribuem para o desenvolvimento saudável e seguro, reforçando a parceria com a família e a equipa multidisciplinar.

Durante todos os estágios de natureza profissional, tive a oportunidade de desenvolver a recolha sistemática de dados clínicos, a realização de avaliações físicas detalhadas e a identificação precoce de sinais de alerta.

Posso concluir que a abordagem holística na prática clínica, é fundamental para a deteção de sinais físicos e emocionais essenciais para implementação de estratégias precoces de intervenção.

Destaco ainda que, a temática em análise – a cólica no recém-nascido e lactente – um sintoma muito frequente nesta fase desenvolvimento e que costuma provocar grande ansiedade nos pais, foi foco da minha intervenção e será abordada com detalhe posteriormente.

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

O cuidado da criança e do jovem em situações de complexidade especial, no âmbito da prática profissional diária, exige a adaptação contínua e o desenvolvimento de competências específicas para dar resposta a essas necessidades. Este processo dinâmico de aprendizagem, centrado na criança e baseado em evidências científicas, visa não apenas o aprimoramento das competências técnicas, mas também a capacidade de oferecer cuidados de excelência em situações desafiadoras.

A importância de uma enfermagem especializada na assistência à criança emerge precisamente

desse contexto, sendo essencial que o profissional seja munido de um vasto corpo de conhecimentos sólidos e atualizados. A formação contínua e o domínio das melhores práticas são fundamentais para que o enfermeiro consiga antecipar e identificar precocemente os sinais de gravidade, possibilitando uma rápida avaliação clínica. Este conhecimento é crucial para a tomada de decisões rápidas e precisas, prevenindo ou corrigindo complicações que possam comprometer o estado de saúde da criança ou do jovem (OE, 2018).

“E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p. 19193).

Quando se fala em instabilidade das funções vitais, significa que algum ou alguns desses parâmetros estão fora dos limites normais e indicam que o estado clínico da criança ou do jovem se pode alterar e agravar (INEM, 2022). Esta instabilidade pode ser causada por várias condições como infeções graves, trauma, crises respiratórias ou cardíacas, entre outras. O risco de morte é uma consequência grave destas instabilidades, caso não haja uma intervenção imediata.

Ao reconhecer sinais de instabilidade, devo agir rapidamente para avaliar e monitorizar as funções vitais, utilizando recursos e protocolos adequados.

Esta competência foi amplamente aplicada no contexto de urgência e de cuidados intensivos neonatais. Foram os locais onde foi possível observar e lidar com a instabilidade clínica de funções vitais de crianças e jovens, isto porque são os locais onde a natureza das condições clínicas se pode apresentar de forma mais súbita e progressiva.

A UCIN foi, para mim, o estágio mais desafiante a nível profissional, dado o seu contexto altamente especializado e a complexidade das situações apresentadas. Os recém-nascidos nesta unidade apresentavam condições clínicas extremamente complexas e frequentemente instáveis, que exigiram de mim uma constante adaptação de conhecimento técnico e elevada capacidade de intervenção.

Esta experiência permitiu-me a aquisição de conhecimentos específicos para a realidade neonatal e o uso de pensamento crítico-reflexivo, com o objetivo de identificar de forma precoce situações de instabilidade hemodinâmica. Esta prática não exigiu apenas a aplicação de competências técnicas, mas também a gestão de emoções e a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar.

A título de exemplo, lidei com um caso de um recém-nascido prematuro extremo, com menos de 28 semanas de gestação. Este recém-nascido apresentava instabilidade respiratória grave, necessitando de ventilação mecânica invasiva para garantir a oxigenação adequada. A manipulação deste aparelho, exige a compreensão das diferentes modalidades de ventilação mecânica, assim como compreensão da pressão e do volume de ventilação, para uma adequada monitorização do recém-nascido. Foi necessário aprender sobre o posicionamento correto do

tubo endotraqueal e a sua manipulação, assim como avaliação apertada e rigorosa dos parâmetros, garantindo uma eficaz vigilância e compreensão dos valores.

No SUP, também tive a oportunidade de desenvolver competências na deteção precoce de instabilidade hemodinâmica.

Por exemplo, uma criança de 3 anos, que recorreu ao serviço por noção materna de irritabilidade excessiva e vômitos no domicílio, sendo-lhe atribuída uma pulseira amarela. Mas, entretanto, enquanto esperava, reiniciou quadro de vômitos incoercíveis, pelo que rapidamente fui monitorizá-la. Encontrava-se taquicárdica e hipotensa, com palidez cutânea e mucosas descoradas, pelo que, quando vista pela equipa médica e colhido estudo analítico, foi detetável uma desidratação, iniciando no imediato reposição hidroeletrólítica.

Este exemplo, para mim, evidenciou a importância da monitorização constante da criança, bem como da capacidade para identificar sinais precoces de complicações.

Durante a minha prática, consegui um desenvolvimento gradual de competências específicas neste âmbito, valorizando, em particular, alterações clínicas que podem ser indicadores precoces de complicações graves que, exigem não só uma vigilância contínua, mas, também, uma interpretação criteriosa e atempada para a implementação de intervenções adequadas e oportunas, garantindo a melhor resposta ao quadro emergente.

“E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19193).

A dor, considerada como o 5º sinal vital pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), exige uma avaliação e gestão adequada, essencial para garantir o bem-estar da criança e do jovem.

A gestão da dor em idade pediátrica requer uma abordagem específica, tendo em conta a imaturidade física e psicológica, que as faz manifestar a dor de uma forma diferente. A avaliação da dor torna-se particularmente desafiante, por nem sempre serem capazes de se expressar ou verbalizar.

A avaliação e o registo sistemático da dor, são componentes essenciais na prática clínica e fazem parte das boas práticas nos serviços de saúde, conforme o estipulado pela DGS (DGS, 2003). Procedi sempre à avaliação da dor, utilizando escalas da dor pediátrica, adaptadas a cada faixa etária e fase de desenvolvimento da criança.

A partir dos 5 anos de idade, instrumentos como a Escala Numérica Visual e a Escala de Faces de Wong-Baker permitem à criança expressar a intensidade da dor de uma forma mais compreensível. A Escala de Wong-Baker recorre a representações gráficas de faces, que variam de expressões sorridentes a tristes, correspondendo a diferentes graus de dor, sendo a escala delimitada entre zero (sem dor) e dez (dor insuportável). Esta abordagem facilita a comunicação da experiência dolorosa, promovendo uma melhor avaliação adequada à faixa etária, facilitando

a comunicação com as crianças que ainda não têm capacidade total para a descrição da dor (Oliveira et al, 2014). Já a escala numérica, apropriada para crianças a partir dos 7 anos, permite a atribuição de um valor numérico á intensidade da dor, oferecendo uma medida quantitativa. É adequada para crianças que já têm capacidade cognitiva para compreender os conceitos numéricos, facilitando a comunicação com a criança e permitindo uma avaliação mais precisa e eficaz da dor (Reis et al., 2021).

Destinada a crianças pré-verbais ou não comunicativas, a partir dos 2 meses de idade, podendo ser usada até aos 6, a escala FLACC avalia a intensidade da dor em cinco categorias comportamentais, atribuindo uma pontuação total para determinar o grau de dor. As observações incluem a análise da expressão facial, movimento das pernas, atividade geral, choro e capacidade de consolação. Cada uma dessas categorias é pontuada de 0 a 2, e a soma das pontuações fornece uma indicação da intensidade da dor, permitindo uma avaliação mais objetiva em crianças que não conseguem comunicar verbalmente o seu desconforto (Bortolini et al., 2016).

Em ambiente hospitalar, a avaliação da dor está protocolada, sendo realizada na admissão da criança ou jovem e, posteriormente, a cada 6 horas ou sempre que necessário.

No caso dos contextos que tive a oportunidade de frequentar, a instituição estabelece que, sempre que o score da dor ultrapasse o valor de 3 pontos, a avaliação pode e deve ser repetida até que a intensidade seja reduzida para um score inferior, prática esta que vai ao encontro daquilo que é protocolado pelas orientações da DGS (2010), que define como critério de boa qualidade no controlo da dor a manutenção da intensidade da dor inferior a 3 pontos, o que corresponde a uma dor de intensidade ligeira.

Os enfermeiros estão cada vez mais conscientes da importância de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, reconhecendo que estas abordagens podem também minimizar o stress nas crianças e jovens, proporcionando um cuidado mais humano e mais centrado nas necessidades específicas de cada paciente. A utilização dessas estratégias reflete a humanização do cuidado e o foco na criação de experiências mais positivas, reconhecendo que a forma como as crianças vivenciam momentos de doença ou hospitalização influencia diretamente as suas reações emocionais e comportamentais em futuras interações com os profissionais de saúde.

A experiência prévia, como por exemplo, a hospitalização anterior, exerce um impacto considerável na forma como a criança reage a novas situações de cuidados. Este contexto sublinha a importância de lidar de forma apropriada com a dor e as situações de crise, prevenindo ou minimizando os efeitos negativos que podem surgir da alteração do estado de saúde ou da mudança no ambiente físico da criança (OE, 2012). Assim, a gestão da dor deve ser articulada com medidas farmacológicas e não farmacológicas, de modo a garantir um alívio eficaz e a permitir que, tanto as crianças como os seus pais, aprendam a gerir a dor de forma

autónoma (OE, 2013).

No meu percurso profissional, tive a oportunidade de implementar diversas técnicas de alívio da dor, como a sucção não nutritiva, a solução glicosada, o posicionamento e contenção de recém-nascidos e lactentes, além do uso de brinquedos com crianças em idade pré-escolar. Para crianças em idade escolar, utilizei brincadeiras, enquanto com adolescentes, apliquei estratégias de distração e controlo da respiração, sempre com a presença constante dos pais ou da figura parental. Este é um dos grandes desafios na enfermagem pediátrica: a necessidade de um cuidado individualizado. Cada criança, mesmo dentro da mesma faixa etária, reagirá de forma única aos cuidados prestados, o que exige dos profissionais uma capacidade constante de ajuste e adaptação.

No contexto de USF e UCC, foi possível observar que se atribuía pouca relevância às estratégias para minimizar a dor ou o desconforto. Aquando da realização do teste de diagnóstico precoce e/ou vacinação, senti que se esperava muito dos pais para atuar na minimização do desconforto.

Aqui tentei implementar estratégias não farmacológicas, como o uso da sacarose, disponível no contexto de estágio e, por vezes esquecido, como também incentivei à amamentação, quando possível, a sucção não nutritiva, a contenção ao colo dos pais. Estas estratégias não só se relevaram eficazes para a redução da dor e da ansiedade da criança, mas também foram importantes para dotar os pais de conhecimento e empoderamento de como agir nestas situações.

Saliento que incentivei sempre a presença e a participação dos pais ou cuidadores como medida importante de suporte emocional para a criança. O envolvimento da família foi, assim, negociado e integrado de forma colaborativa na parceria de cuidados, com o objetivo de garantir uma abordagem holística e centrada na criança.

“E 2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p.19193)

A União Europeia define uma doença rara como aquela que afeta menos de 1 em cada 2000 habitantes (EURODIS, 2020). De acordo com a mesma organização, estima-se que existam mais de 6000 doenças raras identificadas até à atualidade, abrangendo um vasto espectro de condições genéticas, metabólicas e neurológicas, entre outras. Estas patologias, embora individualmente pouco frequentes, afetam coletivamente milhões de pessoas, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde, devido à dificuldade no diagnóstico, escassez de tratamentos específicos e necessidade de um acompanhamento altamente especializado.

Há uma incidência crescente de situações de doença rara, diagnosticadas na infância, causando dificuldades respiratórias e cardíacas, dificuldades na fala, perturbações do sistema nervoso,

alteração de funções sensoriais, entre outras. Assim, torna-se fundamental que o enfermeiro ajude a criança e os pais a adaptarem-se ao processo de transição saúde-doença, um processo complexo que exige não apenas competências técnicas, mas também conhecimento sólido sobre dinâmicas de transição e adaptação, bem como conhecimento sobre a doença (Hockenberry & Wilson, 2021).

Nas doenças raras, os pais tornam-se elementos centrais na prestação de cuidados e na tomada de decisão, dada a complexidade e a especificidade das necessidades da criança. O enfermeiro, neste contexto, assume um papel essencial na promoção da aprendizagem e no desenvolvimento de competências para a satisfação de necessidades especiais da criança e dos pais. Através de uma abordagem educativa e de acompanhamento contínuo, o enfermeiro facilita a adaptação às exigências da condição rara, promovendo a autonomia familiar e garantindo uma prestação de cuidados segura e eficaz, ajustada às necessidades individuais identificadas (Zhang & Wang, 2023).

Os contextos privilegiados para este contacto foram o SUP e o internamento pediátrico, onde foram muitos os casos de doenças raras com que tive oportunidade de contactar, devido a exacerbações clínicas. No internamento, tive a oportunidade de contactar com síndromes como por exemplo, a Síndrome de Prader-Wili, Síndrome de Asperger, Doença de Addison e Síndrome de Cushing.

A realização de uma pesquisa científica rigorosa e direcionada tornou-se um requisito fundamental para lidar com as patologias encontradas, garantindo que todas as decisões clínicas fossem baseadas em evidência científica sólida e atualizada. Esta prática não só permitiu a implementação de intervenções devidamente fundamentadas, como também assegurou que os cuidados prestados fossem de elevada qualidade e alinhados com as melhores práticas. A procura de informação científica foi particularmente exigente, tendo em conta que a maioria das patologias ou síndromes que encontrei eram inéditas para mim, o que implicou uma necessidade de aprofundamento da investigação para garantir uma compreensão aprofundada de cada condição. Esta situação exigiu uma pesquisa meticulosa por fontes especializadas, bem como a consulta de orientações e literatura científica recente, para que as intervenções fossem ajustadas às especificidades de cada patologia, de forma a otimizar os resultados clínicos e a segurança.

“E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (OE, 2018, p. 19193).

A utilização de terapias complementares no contexto do cuidado pediátrico tem vindo a ganhar crescente relevância, principalmente no que diz respeito à gestão da dor e ao suporte emocional da criança e da sua família. As abordagens que envolvem técnicas não farmacológicas, como a imaginação guiada, massagem, respiração controlada e distração, têm



demonstrado ser ferramentas eficazes na promoção do conforto físico e psicológico (Gil, 2011).

A imaginação guiada, por exemplo, ao utilizar a capacidade de visualização positiva, pode ajudar as crianças a reduzir a ansiedade associada a procedimentos dolorosos ou a situações de stress, permitindo-lhes viver uma experiência mais tranquila e controlada. A massagem, especialmente em crianças mais novas ou em recém-nascidos, tem demonstrado benefícios na redução da tensão muscular, na melhoria do bem-estar e na promoção de um ambiente de segurança e afeto, o que contribui para uma experiência mais positiva no hospital (OE, 2013).

Estas intervenções, quando aplicadas de forma adequada, permitem não só o alívio do desconforto físico imediato, mas também favorecem o bem-estar emocional, promovendo uma comunicação mais aberta entre os pais, a criança e os profissionais de saúde. As terapias complementares criam um espaço para que pais e filhos possam expressar sentimentos e emoções de forma mais livre, enquanto oferecem uma sensação de controlo sobre a situação, o que pode melhorar significativamente a forma como a criança e a família experienciam os cuidados de saúde (Diniz, 2015).

Além disso, estas abordagens são frequentemente mais acessíveis e menos invasivas do que as terapias farmacológicas, o que permite uma gestão mais holística e personalizada do cuidado. Contudo, é importante salientar que estas técnicas não devem ser vistas como substitutas da intervenção médica, mas sim como ferramentas complementares que, quando aliadas ao tratamento convencional, podem resultar em melhorias no bem-estar físico e emocional.

Assim, ao implementar estas terapias no cuidado pediátrico, os enfermeiros contribuem para a criação de um ambiente terapêutico mais humano e menos traumático, promovendo não só a recuperação física, mas também a adaptação emocional e psicológica da criança e da sua família ao processo de doença e hospitalização.

“E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2018, p. 19193).

A promoção da adaptação da criança/jovem e da família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, é de extrema relevância na prática do enfermeiro especialista, uma vez que a adaptação à doença implica não só um acompanhamento clínico rigoroso, mas também uma abordagem de suporte emocional e psicológico. Ao lidar com crianças e famílias em situações de doença crónica ou com diagnóstico de uma condição incapacitante, o enfermeiro desempenha um papel central na promoção do bem-estar global do paciente e da sua família.

Um exemplo concreto que ilustra a aquisição desta competência ocorreu no diagnóstico inaugural de uma Lesão Ocupando espaço (LOE) numa criança de 3 anos. O LOE é uma doença oncológica grave e que exige cuidados altamente especializados e acompanhamento multidisciplinar. O impacto emocional desta condição tanto para a criança, que está a começar a



perceber o seu corpo e as suas emoções, quanto para a família, é profundo e requer estratégias específicas para promover a adaptação e a gestão da doença.

Após o diagnóstico, dediquei-me à promoção de um ambiente seguro e acolhedor, quer para a criança quer para a família, ajudando a minimizar o impacto do diagnóstico, através da segurança. Com o uso de brinquedos e atividades de distração, envolvi-me com a criança, onde através de desenhos para colorir e histórias para ler, esta se distraiu do ambiente que a rodeava naquele momento. Enquanto com os pais, tentei orientá-los nos cuidados necessários, sobretudo através do suporte físico e emocional. Procurei escutá-los ativamente, permitindo que expressassem as suas ansiedades, medos e inseguranças e, através de conversas regulares, orientá-los, com a ajuda da equipa multidisciplinar, de quais os tratamentos a implementar e como podiam apoiar o filho.

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

Os cuidados de enfermagem à população pediátrica exigem uma abordagem totalmente diferenciada e fundamentada nas especificidades do seu ciclo de vida e nas etapas de desenvolvimento físico, emocional e psicossocial. A criança apresenta necessidades próprias que variam conforme a faixa etária, maturação neurológica e contexto sociocultural. Desta forma, os cuidados devem ser ajustados a estas características e a cada fase, assegurando que as intervenções respeitam e promovem o seu crescimento e bem-estar global (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Além das necessidades fisiológicas, importa ainda considerar aspetos como a ligação parental, a adaptação a novos desafios, o impacto da hospitalização e as estratégias para minimizar o stress e a ansiedade.

“E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p. 19194).

O EESIP revela-se como um profissional essencial na gestão e na promoção de saúde, possibilitando uma avaliação integrada do estado geral da criança, como o seu crescimento, desenvolvimento motor, cognitivo e socioemocional. Ao longo dos estágios de natureza profissional, constatei a importância de integrar os programas estruturados de vigilância da saúde infantil, os quais possibilitam uma monitorização contínua e pormenorizada em diversas fases do desenvolvimento. Estes programas foram de extrema importância, permitindo essencialmente a identificação precoce de desvios no crescimento e no desenvolvimento, facilitando as intervenções imediatas e personalizadas. Para além da avaliação clínica, recorri sempre aos diversos guias orientadores que definem as boas práticas em enfermagem: o PNSIJ (2013), que enfatiza a triagem e o seguimento dos indicadores de saúde infantil, o PNSE (2015), que orienta sobre estratégias de promoção da saúde e prevenção de riscos, e o PNV (2023), que integra inovações tecnológicas e metodológicas para uma vigilância mais eficaz.

Adicionalmente, estas orientações complementam a prática clínica ao proporcionar um

referencial atualizado e robusto para a intervenção em saúde, garantindo que as decisões terapêuticas e as medidas preventivas sejam fundamentadas nos melhores conhecimentos disponíveis.

Durante o estágio na USF, tive a oportunidade de me integrar de forma ativa no processo de prestação de cuidados, participando na realização das consultas enfermagem de saúde infantil e juvenil, abrangendo todas as faixas etárias, desde o nascimento até aos 18 anos de idade.

Em cada consulta, foi realizada uma avaliação minuciosa do crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, adaptada às respetivas faixas etárias, com base nas diretrizes que enfatizam a importância das idades-chaves na promoção da saúde e na prevenção da doença (OE, 2018).

As consultas revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância da saúde e promoção do desenvolvimento infantil. Seguindo a estrutura do PNSIJ, estas consultas constituem momentos-chave para a monitorização dos marcos de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, bem como para a avaliação da socialização, progressão alimentar e progressão escolar.

Durante as consultas, foram desenvolvidas intervenções essenciais para garantir uma abordagem eficaz, como: o acolhimento da criança e dos pais, colheita sistemática de informações clínicas relevantes, como história clínica e social e a avaliação física detalhada. Procurei sempre detetar possíveis sinais de alerta precoces, em comparação do desenvolvimento expectável.

Paralelamente, a promoção de comportamentos saudáveis constitui um dos pilares da prática de enfermagem, sendo fundamental incentivar práticas como a atividade física regular, o brincar como forma de estimulação cognitiva e emocional, a gestão do stress infantil e familiar, a adoção de uma alimentação equilibrada e a implementação de estratégias para a prevenção de acidentes e lesões não intencionais. Adicionalmente, a sensibilização para a adoção de medidas de segurança, bem como a prevenção de consumos nocivos, integra-se numa abordagem educativa e preventiva que visa a capacitação da criança e da família para a adoção de estilos de vida saudáveis e sustentáveis ao longo do ciclo de vida (DGS, 2013).

“E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018, p. 19194).

A hospitalização de um recém-nascido, seja por prematuridade, patologias congénitas ou outras condições médicas, representa um momento de grande vulnerabilidade emocional para os pais, podendo gerar sentimentos de ansiedade, medo e impotência. A separação precoce, a limitação do contacto físico devido a barreiras tecnológicas (ventilação mecânica, incubadoras, acessos venosos centrais) e a incerteza do prognóstico podem comprometer o estabelecimento do vínculo afetivo (Querido, 2021). Assim, o enfermeiro desempenha um papel crucial na facilitação deste processo, através de intervenções que promovam o contacto precoce e progressivo entre

pais e recém-nascido, sempre que clinicamente possível.

Foi alvo da minha intervenção, sempre que possível, assegurar a presença dos pais junto ao recém-nascido. Com este envolvimento, consegui promover o processo de parentalidade, essencial na adaptação dos progenitores à nova realidade e, ao mesmo tempo, favorecer o crescimento e desenvolvimento saudável do recém-nascido.

Sem dúvida que a UCIN foi o local onde melhor se refletiu a minha intervenção no âmbito desta competência. Os equipamentos médicos, como a incubadora, os monitores, cabos e fios, as máquinas perfusoras e os cateteres, criam um ambiente que, embora necessário à sobrevivência e recuperação do recém-nascido, assustam e criam um distanciamento no envolvimento dos pais. A complexidade deste cenário, gera sentimentos de impotência e de ansiedade que, além do sofrimento pela condição do filho, se sentem afastados do processo de cuidar e da interação direta com o recém-nascido (Couto et al, 2020).

Neste contexto, a aplicação da teoria das transições, permitiu uma abordagem relevante para a compreensão do impacto da hospitalização e da prematuridade, segundo a experiência dos pais. Segundo Meleis (2010), esta transição não envolve só a adaptação à nova realidade da parentalidade, mas também à preocupação com a saúde do recém-nascido, constituindo um momento de grande vulnerabilidade emocional e psicológica.

Na minha prática, tive em consideração as dificuldades vivenciadas pelos pais e foquei-me na transmissão de informação clara e apoio emocional constante, através da informoterapia, que teve como principal objetivo esclarecer as expectativas de desenvolvimento do recém-nascido, as suas necessidades específicas, assim como etapas importantes da sua recuperação. Facilitei e incentivei a participação dos pais nas atividades do cuidar, como a amamentação e o contacto físico, muito através do método canguru, uma vez que estas práticas promovem não só o crescimento e a estabilização do recém-nascido, como também a promoção da vinculação, essencial para a saúde emocional dos pais (Silva & Pereira, 2019).

É de salientar, que como orientação para esta prática, tive em consideração a teoria da vinculação de John Bowlby (1958), que sublinha a importância da vinculação como um comportamento instintivo que visa garantir a sobrevivência do indivíduo, sendo esta a primeira forma de relações afetivas que o bebé desenvolve, habitualmente com a mãe. Bowlby propôs que a vinculação se constitui como uma ligação emocional primária, essencial para o desenvolvimento psicológico e social da criança. De acordo com a teoria, esta relação primária não só garante cuidados físicos, mas também estabelece as bases para o desenvolvimento da criança ao longo da vida. A vinculação é estabelecida através de um conjunto de comportamentos inatos, como o choro, o chupar, o agarrar, o sorrir e o seguir (Bowlby, 1958). Estes comportamentos têm uma função adaptativa, pois visam promover e manter a proximidade da criança com a sua principal figura cuidadora, criando um vínculo emocional forte e foram, sempre que possível, incentivados.

“E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19194).

A comunicação eficaz é um desafio em idade pediátrica, devendo ser adaptada às necessidades e às características de cada criança, não esquecendo que também deve ser adequada ao estágio de desenvolvimento. Assim, a eficácia das intervenções de enfermagem ao longo do ciclo vital depende, em grande medida, da capacidade de comunicação do profissional de saúde. Para além do ajuste, como dito anteriormente, ao estágio de desenvolvimento da criança ou jovem, devem ser igualmente considerados os fatores culturais, que influenciam tanto o indivíduo como a sua família (Hockenberry & Wilson, 2021).

A experiência adquirida em diferentes contextos clínicos possibilitou o aperfeiçoamento desta competência comunicativa, uma vez que a diversidade de interlocutores – incluindo crianças, jovens, pais e equipas multidisciplinares – exigiu uma abordagem flexível e adaptativa.

Em todos os contextos procurei aplicar estratégias de comunicação adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança e do jovem, procurando um envolvimento seguro e construtivo, respeitando não só as competências inerentes à fase desenvolvimental, como também contribuindo para a criação de experiências que estimulam o seu crescimento e potenciam o seu desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2021).

Considere fundamental reconhecer as competências desenvolvimentais características de cada faixa etária expressas nas teorias do desenvolvimento, já abordadas na introdução deste relatório.

Com o recém-nascido e lactente, tentei sempre falar com suavidade, promovendo-lhe um ambiente o mais previsível possível, através do respeito das suas rotinas, em parceria com os pais.

Na faixa etária do pré-escolar, procurei sempre a preparação prévia da criança e dos pais e incentivando a expressão daquilo que sentem, sendo possível posteriormente esclarecer todas as suas dúvidas.

Nas crianças em idade escolar, demonstrei sempre interesse naquilo que estavam a sentir, conversando de forma adequada ao nível de desenvolvimento e capacidade cognitiva, negociando e promovendo a participação nos cuidados. Aqui, usei uma ferramenta essencial na comunicação em enfermagem pediátrica, a brincadeira terapêutica. Esta estratégia revelou-se particularmente eficaz na transmissão de informação e na explicação de procedimentos, permitindo à criança compreender melhor a sua situação clínica e reduzir a ansiedade associada ao ambiente hospitalar. Além disso, a brincadeira favoreceu a criação de uma relação de proximidade com a criança, contribuindo para um ambiente de confiança e de segurança (Fernandes, 2017).

No cuidado ao adolescente, procurei sempre que possível, promover a sua colaboração ativa, tendo especial atenção na identificação das suas capacidades intelectuais, conhecimentos prévios e as suas necessidades.

Considero que o maior desafio enfrentado no decorrer dos estágios, foi a barreira linguística. Um caso muito específico, no SUP, envolveu um caso em que os pais de uma criança, que falavam essencialmente um dialeto regional e pouco inglês ou português. A criança, que apresentava sintomas agudos de dificuldade respiratória, necessitava de cuidados imediatos, mas os pais tinham muita dificuldade em relatar de forma clara o histórico da condição, devido à barreira linguística.

Neste cenário, eu e os outros elementos da equipa, procuramos rapidamente recorrer ao tradutor, garantindo que eram percebidas todas as informações relevantes sobre o quadro clínico da criança. Desta forma, estes pais sentiram-se mais seguros e deixaram que pudéssemos atuar eficazmente.

“E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, p. 19194).

O reconhecimento de que a adolescência é uma fase crítica de desenvolvimento, em que o adolescente procura construir a sua identidade e alcançar a independência, torna esta competência de extrema importância para a sua promoção da saúde e autonomia.

A promoção da autoestima do adolescente é um processo multifacetado que envolve uma abordagem holística, considerando não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais, psicológicas e sociais. A autoestima é um fator essencial na forma como os adolescentes se percebem, enfrentam desafios e tomam decisões sobre a sua saúde. A autoestima positiva pode ser a base para a construção de comportamentos saudáveis, enquanto a uma autoestima comprometida pode contribuir para a adoção de comportamentos de risco ou dificuldades na gestão de problemas de saúde (Papalia, Martorell, & Feldman, 2021).

Além disso, a autodeterminação nas escolhas de saúde é igualmente relevante, pois reconhece o direito do adolescente de participar ativamente nas decisões sobre o seu tratamento e cuidados. Este princípio baseia-se na ideia de que a autonomia deve ser promovida progressivamente, respeitando o grau de maturidade e compreensão do adolescente, mas sempre procurando envolver o jovem nas decisões, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para que faça escolhas informadas. O enfermeiro, neste contexto, desempenha um papel fundamental ao fornecer informações claras, apoiando o adolescente na reflexão sobre as suas opções e garantindo que ele se sinta ouvido e valorizado no processo de decisão (Neufeld, 2017).

No contexto da USF, a consulta de saúde infantil e juvenil, constituiu uma oportunidade de resposta integrada às necessidades de saúde dos adolescentes, focando-me na promoção de comportamentos saudáveis, na prevenção da doença e na redução de perturbações emocionais e comportamentais. Além disso, nas consultas, procurei apoiar a responsabilização gradual dos adolescentes e a sua autodeterminação em questões de saúde (DGS, 2013).

Nos restantes contextos clínicos, procurei sempre o incentivo livre da expressão de sentimentos, recorrendo à escuta ativa, encorajando, dando ânimo e reforçando a importância do autocuidado e do autocontrole da doença, quando aplicável. Estas estratégias assumem particular importância na promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à sua saúde (OE, 2018).

### **REFLEXÃO CENTRADA NO TEMA DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

Nesta última parte, tenciono partilhar as aprendizagens adquiridas e as atividades que se revelaram mais significativas ao longo do estágio no âmbito do desenvolvimento do meu projeto individual de desenvolvimento profissional.

Muito do conhecimento sobre o tema resultou da leitura de vários artigos pesquisados na plataforma EBSCO com as bases de dados adquiridas pela ESEP, e bases de dados da Web of Science e Scopus.

Além disso, farei uma análise reflexiva sobre o percurso realizado, com particular enfoque no tema do meu projeto profissional: “Cólica no recém-nascido e lactente: promoção do papel parental desenvolvimental”, abordando como as intervenções realizadas contribuíram para o apoio à parentalidade e para a gestão das necessidades específicas da criança nesta fase.

A cólica, com origem na palavra grega Kolicos, que denomina o cólon, no RN assume uma das maiores adversidades para o binómio mãe-pai, nos primeiros meses de vida, sendo muitas vezes sinónimo de choro excessivo neste período e de recurso aos cuidados de saúde, pelos pais (Gaspar, 2024).

A cólica possui incidência variável, no entanto é defendido por vários autores como sendo uma temática importante devido ao impacto relatado pelas famílias no seu dia-a-dia, podendo gerar maior ansiedade e recorrência aos serviços de saúde (Gaspar, 2024).

Segundo Moreira et al. (2019), a cólica afeta cerca de 10 a 40% dos RN e lactentes, com maior prevalência nas primeiras seis a oito semanas e provável resolução entre os três e os quatro meses. Referindo, também, que as cólicas são um importante motivo de preocupação dos pais, constituindo 10 a 20% dos motivos de procura dos serviços de saúde. Estes sinais de ansiedade e preocupação dos familiares podem levar a situações graves e limitantes tanto para o RN como para os pais ou cuidadores, nomeadamente depressão materna ou abuso infantil devido aos níveis de stress e frustração (Moreira et al, 2019).

A fisiopatologia da cólica, embora não completamente compreendida, está associada a fatores como a imaturidade gastrointestinal, alterações na motilidade intestinal, e fatores ambientais e emocionais. Estes aspetos são cruciais para fundamentar as intervenções práticas no contexto da enfermagem especializada (Savino et al., 2018).

O papel do enfermeiro especialista é crucial, não só na identificação e avaliação dos sintomas, mas também na orientação e apoio às famílias, promovendo estratégias eficazes de alívio e conforto. Para tal, é indispensável a aplicação de competências técnicas, relacionais e pedagógicas, que garantam uma abordagem sensível e baseada na evidência (OE, 2018).

Durante o estágio em contexto de cuidados de saúde infantil e pediátrica, foi possível vivenciar de perto as dificuldades enfrentadas pelas famílias de RN e lactentes com cólica. Este contacto direto permitiu aprofundar a compreensão das necessidades específicas desta população e reforçar a importância de uma atuação fundamentada em competências especializadas. A experiência prática destacou a necessidade de uma escuta ativa, de uma avaliação cuidadosa e da capacidade de transmitir informações claras e eficazes aos pais, com o objetivo de reduzir a ansiedade e promover o bem-estar do bebé (Ferreira & Nunes, 2020).

O desenvolvimento das competências foi evidenciado nas diversas intervenções realizadas, desde a orientação sobre técnicas de conforto, como massagens abdominais e posicionamentos adequados (Savino et al., 2018), até à capacitação sobre sinais e sintomas que requerem maior atenção. Estas ações foram fundamentais para empoderar as famílias, aumentando a sua confiança no cuidado ao RN e contribuindo para a diminuição do impacto negativo causado pelas cólicas. As competências desenvolvidas permitiram assegurar cuidados fundamentados e adaptados às necessidades individuais das famílias.

A gestão da cólica no RN exige do enfermeiro especialista um conjunto de competências clínicas que permitam identificar fatores de risco e sintomas associados, promovendo uma avaliação criteriosa e diferenciada. Neste âmbito, é fundamental aplicar uma abordagem centrada na criança e na família, onde a comunicação eficaz e empática se revela essencial para compreender as preocupações parentais e oferecer o suporte necessário (Ferreira & Nunes, 2020).

O EESIP deve recorrer a estratégias educativas dirigidas aos pais, promovendo a literacia em saúde e capacitando-os para a gestão adequada da situação. Esta intervenção não se limita à transmissão de informações, mas envolve também a criação de um ambiente de confiança e segurança, onde os cuidadores se sintam ouvidos e valorizados nas suas experiências e perceções (OE, 2018). A teoria sobre a importância do empoderamento parental foi aplicada em cada interação com os cuidadores.

*Cólica no Recém-Nascido: estratégias de avaliação, dados relevantes para a identificação diagnóstica e intervenções de enfermagem*



A cólica no recém-nascido é uma condição benigna, mas altamente desconfortável, caracterizada por episódios de choro intenso e inconsolável, que geralmente ocorrem ao final do dia e persistem por pelo menos três horas, durante três dias por semana, por um período mínimo de três semanas (Wolke et al., 2017). Poderão ser ainda observados episódios de paroxismo, ausência de ganho ponderal, distensão abdominal, contração dos membros inferiores, flexão da anca e punhos cerrados, estes últimos indicadores preditivos de dor abdominal no lactente (Holm et al, 2018).

Aquando da observação de um RN ou lactente com cólica, além dos sinais acima mencionados, será importante perceber se estamos na presença de alguns sinais relatados pelos pais, nomeadamente como choro gritado, ausência de padrão regular de sono e vigília ao longo do dia, sintomas após os 4 meses de idade, presença frequente de regurgitação, vômitos, diarreia, perda de peso e má evolução ponderal, para exclusão de causa orgânica (Gaspar, 2024).

Embora seja autolimitada, a cólica representa uma preocupação significativa para os cuidadores, exigindo uma intervenção atempada e fundamentada por parte do enfermeiro especialista. A compreensão da fisiopatologia e dos fatores predisponentes é essencial para orientar intervenções eficazes.

A fisiopatologia da cólica ainda não é completamente compreendida, mas acredita-se que esteja relacionada com a imaturidade do sistema gastrointestinal, alterações na motilidade intestinal, intolerâncias alimentares e a influência de fatores emocionais e ambientais (Savino et al., 2018). Esta condição é frequentemente acompanhada de sinais como o encolher das pernas, distensão abdominal e agitação.

Os fatores predisponentes para o desenvolvimento da cólica incluem a alimentação artificial, o tabagismo materno, o stress familiar e o ambiente ruidoso. Estudos indicam que bebés amamentados têm menor incidência de cólica, o que reforça a importância do aleitamento materno como uma medida de prevenção (Ferreira & Nunes, 2020). Esta evidência científica orientou a capacitação parental, destacando a relevância do aleitamento materno e da criação de um ambiente calmo para o bebé.

Fatores emocionais e comportamentais também podem influenciar o surgimento da cólica, nomeadamente a ansiedade parental e o nível de resposta dos cuidadores ao choro do bebé. Assim, é essencial que o enfermeiro especialista avalie não só os sinais físicos, mas também o contexto emocional e familiar, promovendo intervenções holísticas (Savino et al., 2018).

A cólica no recém-nascido e lactente é uma condição complexa e angustiante, frequentemente associada ao sofrimento intenso e à ansiedade dos pais. Esta situação pode ter um impacto profundo no ambiente familiar, promovendo mudanças significativas nas dinâmicas familiares e colocando a saúde mental dos pais sob um grande desafio. Enfrentar esta condição exige uma abordagem cuidadosa e compreensiva, considerando não apenas o desconforto físico da



criança, mas também as implicações emocionais e psicológicas para a família.

A avaliação clínica da cólica pelo enfermeiro especialista deve ser minuciosa, envolvendo uma anamnese detalhada, observação direta e exclusão de outras patologias que possam apresentar sintomas semelhantes. Esta avaliação deve considerar o padrão de alimentação, evacuação, sono e comportamento do bebé (Wolke et al., 2017).

A utilização de ferramentas padronizadas de avaliação, como escalas de dor e de conforto, pode ser útil para monitorizar a intensidade dos episódios de cólica e a eficácia das intervenções implementadas. Estas ferramentas permitem uma análise objetiva e sistemática, contribuindo para uma intervenção mais direcionada (Savino et al., 2018).

Por fim, é importante que o enfermeiro especialista reforce com os cuidadores a natureza benigna e transitória da cólica, oferecendo estratégias baseadas em evidência para o alívio dos sintomas e promovendo o empoderamento parental através da educação em saúde. Esta abordagem foi aplicada durante o estágio, contribuindo para reduzir a ansiedade parental e reforçar a confiança no cuidado diário ao recém-nascido.

#### Estratégias para lidar com a cólica

Quando se aborda a cólica no RN e lactente é necessário ter presente que esta tem uma etiologia multifatorial e por este motivo devem-se considerar vários aspetos aquando da aplicação de estratégias para lidar com a cólica e consequentemente com o choro (Cardoso & , 2024).

As estratégias comportamentais devem ser as primeiras a ser implementadas por parte dos familiares/cuidadores uma vez que não acarretam custos e não apresentam efeitos secundários para o RN (Gaspar, 2024).

#### **- Estratégias Não farmacológicas:**

As estratégias não farmacológicas para o alívio das cólicas no recém-nascido e lactente incluem medidas voltadas para a prevenção e alívio do desconforto. Uma das abordagens é minimizar a ingestão de ar, promovendo a eructação após a alimentação e facilitar a eliminação de gases através de técnicas como a massagem abdominal. A alteração de posições e o relaxamento, podendo-se utilizar calor no abdómen com almofada térmica ou recorrer ao banho de Shantala, também podem ser utilizadas como intervenções eficazes.

Segundo Lemos (2021), a massagem infantil é amplamente reconhecida como uma das intervenções mais eficazes no alívio da cólica. Diversos estudos evidenciam que a aplicação de técnicas de massagem, essencialmente focadas na região abdominal, promovem uma redução significativa da intensidade e duração da cólica. Esta atua por meio de estímulos físicos que ativam a circulação sanguínea, ajudando na motilidade intestinal, promovendo o relaxamento, que contribuirá por sua vez para o alívio do desconforto.

Existem duas técnicas de massagem abdominal utilizadas no alívio das cólicas: a massagem "pedalar" e a massagem "I Love You (ILU)".

A massagem "pedalar" é realizada com o recém-nascido deitado de costas, movendo as pernas de forma a simular o ato de pedalar, enquanto aplica uma leve pressão sobre o abdómen. Em seguida, deve-se girar os joelhos e a bacia no sentido dos ponteiros do relógio. Esta prática pode ser feita de 2 a 3 vezes por dia e é eficaz na ajuda à eliminação dos gases retidos no intestino, proporcionando um alívio significativo ao bebé (Cardoso & Carvalho, 2024).

A massagem "ILU" é aplicada seguindo a direção dos movimentos intestinais que facilitam a eliminação de fezes e gases. Inicialmente, a massagem visa esvaziar a parte final do intestino, depois a secção transversal e, por fim, a parte inicial. Para realizar esta técnica, o recém-nascido deve estar deitado em decúbito dorsal. Começa-se com um movimento de "arrasto" usando os dedos indicador e médio, aplicando uma pressão suave, de até 2 centímetros, sobre o cólon ascendente, seguindo um trajeto que desenha a letra "I". O movimento inicia-se na região das costelas e desce até à crista ilíaca, completando a primeira parte da massagem. Em seguida, com a mão, realiza-se um movimento horizontal da esquerda para a direita ao longo do abdómen, esvaziando a parte transversal do intestino e formando a letra "L" invertida. Por fim, um movimento de cima para baixo esvazia novamente a parte final do intestino, completando a letra "L", e termina-se com o desenho da letra "U" invertida, esvaziando a parte inicial do intestino. Esta técnica deve ser realizada antes das refeições e quando o recém-nascido não apresentar dor, pois a pressão sobre um abdómen já distendido pode intensificar o desconforto (Cardoso et al., 2024).

Uma vez que a cólica se associa muito ao choro, uma das estratégias eficazes para acalmar o choro do RN e lactente é a técnica "5S", proposta por Karp, que consiste em cinco passos essenciais: Swaddling (envolvimento), Side/ Stomach (posição lateral ou ventral), Swinging (balanço), Shh-Sound (som suave) e Suckling (sucção). No primeiro passo, o bebé deve ser envolvido de forma firme numa manta ou tecido macio, com os braços e as pernas dobrados junto ao corpo. No Side/Stomach, o recém-nascido deve ser colocado em posição lateral ou ventral, mas apenas quando estiver acordado e sempre sob supervisão. O Swinging consiste em balançar o bebé suavemente de forma ritmada, imitando as sensações que ele experienciava dentro do útero. No Shh-Sound, emite-se um som suave e calmante, semelhante ao ruído do útero, para promover a tranquilidade. Finalmente, no Suckling, deve-se permitir que o bebé succione, seja através da amamentação ou do uso de chupeta ou dedo, ajudando a criar uma sensação de conforto e segurança (Gaspar, 2024; Cardoso et al., 2024).

#### - Estratégias Farmacológicas:

A suplementação probiótica tem vindo a ser estudada como uma estratégia que pode ser eficaz, com alguns estudos a indicarem que o uso de probióticos como *Bifidobacteria* e *Lactobacilli* pode contribuir para a redução dos sintomas de cólica (Gaspar, 2024). Os probióticos são

definidos pela OMS (2001), como "microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, proporcionam benefícios para a saúde do indivíduo". Os probióticos desempenham um papel fundamental na manutenção da homeostasia intestinal, ao exercerem efeitos sobre a modulação da permeabilidade intestinal e a peristalse. O *Lactobacillus reuteri* é a bactéria probiótica mais estudada e amplamente reconhecida pela sua eficácia. A evidência científica sugere que o uso de *Lactobacillus reuteri* pode prevenir o desenvolvimento de cólica e reduzir a procura de cuidados de saúde nos primeiros três meses de vida (Gaspar, 2024).

Saliento que a evidência aborda outros probióticos com resultados promissores, mas ainda em estudo, pois há pouca evidência científica ou evidência contraditória.

O simeticone é um fármaco frequentemente utilizado para o alívio de sintomas de distensão abdominal e desconforto gastrointestinal. Embora eficaz na redução de bolhas de gás no trato gastrointestinal e alívio da distensão abdominal em adultos, a sua utilização no tratamento da cólica em RN e lactentes, ainda carece de evidências científicas robustas, não sendo o seu uso recomendado para este efeito. Da mesma forma, os inibidores da bomba de prótons (IBPs), como o omeprazol, são usados no tratamento de refluxo gastroesofágico e distúrbios relacionados, mas não há dados suficientes que demonstrem a sua eficácia na diminuição da cólica do RN e lactente. A falta de eficácia destes fármacos na cólica infantil é atribuída à natureza multifatorial do problema, que inclui fatores já descritos como a imaturidade do sistema digestivo e intestinal. Assim, embora estas estratégias farmacológicas possam ser indicadas para outras condições, o seu uso específico na cólica não é recomendado como linha de tratamento (Rashid, 2021 & Gaspar, 2024)

### O Papel do EESIP

Como referenciado anteriormente, as recomendações baseadas em evidência científica reforçam a importância de uma abordagem individualizada, considerando as necessidades e características de cada criança. A monitorização contínua e a adaptação das estratégias são essenciais para otimizar os resultados e garantir o bem-estar da criança e da família (Savino et al., 2018).

Paralelamente, o papel do EESIP assume uma importância central na capacitação parental. A promoção da literacia em saúde, através de informoterapia sobre a natureza benigna da cólica e das estratégias de alívio, contribui para reduzir a ansiedade parental e fomentar a autoeficácia e confiança no cuidado ao recém-nascido e lactente (OE, 2018).

Durante cada contexto clínico, esteve sempre presente em mim a importância de capacitar os pais, proporcionando-lhes informações e orientações práticas e demonstrando, através das intervenções encontradas na evidência, técnicas de alívio, contribuindo não só para o aumento da segurança dos pais, mas também para o fortalecimento de um vínculo familiar, criando um ambiente mais tranquilo e acolhedor no cuidado ao RN e lactente. Adicionalmente, foi

evidenciada a importância de reforçar a comunicação empática com os pais, permitindo uma melhor compreensão das suas preocupações e expectativas. Esta abordagem facilitou o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e personalizadas, promovendo a adesão às intervenções propostas.

No âmbito da UCC, foram realizadas sessões de apoio, individuais e em grupo, onde foi debatido este tema, num espaço de partilha. Esta prática contribuiu para um maior envolvimento dos pais reforçando o seu papel ativo no processo de cuidado e gestão da cólica. Estes grupos proporcionaram um espaço seguro para a troca de experiências e estratégias, promovendo o fortalecimento emocional dos cuidadores e um maior sentido de comunidade e solidariedade.

Ainda na UCC, lidei com um caso onde os pais de um lactente, 1 mês e 2 dias, demonstravam níveis elevados de ansiedade, face aos episódios de cólica. Inicialmente, foi fundamental compreender os medos e as preocupações dos cuidadores, criando um espaço seguro para a expressão emocional. Com base nesta avaliação, foram planeadas sessões de capacitação parental, com foco na explicação do mecanismo fisiológico da cólica, estratégias práticas de conforto e técnicas de massagem.

Com o decorrer das intervenções, após 4 contactos, observou-se uma redução significativa da ansiedade parental e uma maior capacidade de gestão dos episódios de cólica. Este caso destacou a relevância de uma abordagem centrada no empoderamento parental e na redução da ansiedade (Ferreira & Nunes, 2020).

Além da informoterapia, foi proporcionado um espaço de partilha, onde os cuidadores puderam expressar livremente as suas preocupações e dúvidas. Este processo revelou-se essencial para criar um ambiente de empatia e confiança, reduzindo a ansiedade parental.

Para além das técnicas direcionadas para o lactente, foi abordada a importância do autocuidado parental, nomeadamente através de sugestão de estratégias de relaxamento e gestão da ansiedade.

Um dos episódios mais marcantes envolveu um RN que apresentava episódios frequentes de choro inconsolável. Após uma avaliação minuciosa, foram implementadas estratégias não farmacológicas de conforto, com destaque para a massagem abdominal e o posicionamento adequado. Identificando os sinais de desconforto, foi possível escolher técnicas não farmacológicas adequadas, resultando numa melhoria significativa no comportamento do RN.

No contexto do SUP, um recém-nascido de quatro semanas apresentava episódios intensos de choro, segundo a mãe, particularmente após as mamadas. Ficou em vigilância durante umas horas, para se perceber se haveria fatores que influenciassem esta situação. Durante a avaliação inicial, após se identificar que os sintomas se intensificavam após a alimentação, levantou-se uma questão: a técnica de amamentação e a ingestão de ar. Quando observado a mamar, verificou-se que a mãe nem sempre adotava posições corretas e a posição em que

colocava o recém-nascido, fazia-o ingerir bastante ar. Assim, pude instruir a mãe sobre técnicas adequadas de amamentação e posicionamento durante e após alimentação.

Adicionalmente, foram abordadas técnicas de massagem abdominal para aliviar o desconforto e estimular a mobilidade intestinal. A mãe expressou um aumento significativo de confiança e tranquilidade ao cuidar do seu bebê.

Um outro caso, na UCIN, deu-se com um recém-nascido prematuro, com dificuldades na alimentação e episódios persistentes de cólica, exigindo uma abordagem integrada. Este recém-nascido, necessitou de ajustes no regime alimentar, adaptando a fórmula láctea e introduzindo técnicas de amamentação para reduzir a ingestão de ar. Foram também aplicadas técnicas de massagem abdominal adaptadas às necessidades do bebê. A monitorização diária permitiu avaliar a eficácia das intervenções e introduzir ajustes sempre que necessário. Paralelamente, a família recebeu apoio emocional contínuo para reforçar a confiança no cuidado ao RN.

A reflexão sobre o caso permitiu identificar a necessidade de estratégias mais adaptadas às especificidades de cada criança, reforçando a importância da personalização do cuidado. Este suporte foi essencial para reduzir a ansiedade parental e promover um ambiente familiar mais tranquilo. Este caso evidenciou a importância da colaboração entre diferentes profissionais de saúde, destacando como uma abordagem multidisciplinar contribui para a eficácia das intervenções e o bem-estar da criança e da família (WHO, 2018).

Em várias situações, foi evidente a importância da capacitação parental como ferramenta essencial na promoção do bem-estar familiar. Ao capacitar os pais com informações claras e práticas, foi possível emponderá-los na gestão da cólica, o que se traduziu na melhoria da autoeficácia.

Outro desafio frequente prendeu-se com a resistência de alguns pais em adotar determinadas técnicas de alívio, devido a mitos e crenças culturais. A abordagem adotada teve como intencionalidade terapêutica a promoção da adesão a práticas seguras e eficazes e passou pela comunicação empática, baseada em evidência científica e pela alteração de significados dificultadores atribuídos às técnicas de alívio.

As estratégias implementadas revelaram-se eficazes não só no alívio dos sintomas da cólica, mas também na promoção de um ambiente familiar mais tranquilo e seguro. Este impacto positivo foi reforçado pelo feedback dos pais, que demonstraram maior confiança e satisfação com o cuidado prestado.

Em situações de maior complexidade, como a presença de fatores de risco adicionais (por exemplo, prematuridade ou patologias associadas), foi essencial articular com outros profissionais de saúde, garantindo uma abordagem multidisciplinar e integrada.

A experiência prática permitiu ainda refletir sobre a importância da adaptação contínua das

estratégias de intervenção, de acordo com as necessidades e características individuais de cada bebé e família.

A adaptação das estratégias às preferências e rotinas familiares foi um fator determinante para o sucesso das intervenções. Esta abordagem personalizada garantiu maior adesão dos cuidadores e um impacto positivo na gestão da cólica, demonstrando a competência de personalização dos cuidados e de avaliação contínua.

O estabelecimento de um plano de cuidado estruturado, com objetivos claros e estratégias definidas, demonstrou ser uma ferramenta eficaz na gestão da cólica e na promoção da parentalidade desenvolvimental.

Por fim, a prática evidenciou a importância de envolver a rede de apoio familiar alargada, promovendo a coesão e o suporte entre os membros da família, o que se traduziu num ambiente mais seguro e confiante para o recém-nascido.

Assim, o compromisso com a formação contínua e com a prática baseada em evidência deve ser uma prioridade, garantindo cuidados de enfermagem de qualidade e contribuindo para a promoção do bem-estar do recém-nascido e da família. Esta abordagem está em consonância com as normativas da Ordem dos Enfermeiros, que enfatizam a necessidade de atualização permanente e de uma prática fundamentada em evidência científica (OE, 2018).

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório assume uma importância significativa no meu processo de aprendizagem, bem como no meu desenvolvimento tanto profissional como pessoal. Através deste exercício reflexivo, tive a oportunidade de destacar, analisar e refletir de forma crítica sobre as competências e conhecimentos que fui adquirindo ao longo do meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP). A exposição das atividades realizadas e das experiências vividas foi essencial para essa análise.

O Estágio de Natureza Profissional representou uma experiência de indiscutível valor para o meu desenvolvimento e fortalecimento de competências especializadas na área da Saúde Infantil e Pediatria (SIP). Estes estágios proporcionaram-me um contacto direto com uma diversidade de situações práticas, complexas e únicas, que são impossíveis de ser totalmente apreendidas apenas através do conhecimento teórico. Além disso, permitiu-me cultivar uma postura crítico-reflexiva nas diversas abordagens que desenvolvi ao longo do estágio, o que contribuiu para uma maior receptividade a novas iniciativas e para a implementação de mudanças construtivas e adaptativas no meu comportamento profissional. Esta vivência promoveu, assim, uma evolução contínua na minha prática, com o objetivo de alcançar a excelência na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Este percurso não se limitou apenas à componente prática das intervenções de enfermagem, mas envolveu um processo integral de tomada de decisão, onde interiorizei os mecanismos necessários para a formação de um juízo clínico sólido, o qual se alinha com a prestação de cuidados avançados, ou seja, cuidados de maior complexidade e especialização.

Ao refletir sobre a minha conduta ao longo dos estágios, considero que as oportunidades de aprendizagem foram amplamente aproveitadas, sendo a procura constante pelo aprofundamento de conhecimentos o foco principal. Importa destacar que todos os serviços nos quais estive envolvida proporcionaram as condições necessárias, bem como um ambiente propício ao meu crescimento e desenvolvimento profissional, consolidando a minha formação enquanto futura EESIP.

Em síntese, ao longo de todos os Estágios de Natureza Profissional, a minha prática foi fundamentada, de forma contínua, nas normas legais que regem a profissão, nos princípios éticos e na deontologia profissional, assim como no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades inerentes à minha função. Durante este percurso, adquiri competências no que respeita à responsabilidade profissional, ética e legal. Em todas as circunstâncias, abordei a criança e o jovem como ser único e individual, inserido num contexto familiar e cultural



específico. Orientada pela premissa da proteção dos direitos humanos, a minha prática foi pautada pelo compromisso de assegurar privacidade, segurança e dignidade, garantindo que os cuidados prestados estivessem em conformidade com esses mesmos princípios.

A prestação de cuidados à criança, sempre em colaboração estreita com os pais, constituiu uma componente fundamental de todo o meu percurso, contribuindo para o desenvolvimento contínuo de competências técnicas, científicas e relacionais cada vez mais especializadas. Assim, alinhada com as competências definidas para a ESSIP e com o grau de mestre, integrei o desenvolvimento de competências comuns aos enfermeiros especialistas, centradas nas áreas da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Tive a oportunidade de aprimorar as competências associadas ao papel do EESIP, particularmente no que se refere à gestão de cuidados, com o objetivo de dar resposta às necessidades emergentes da prática clínica. Todas essas competências foram fortalecidas através de uma formação contínua, a qual se revelou essencial para garantir uma assistência de enfermagem eficaz e consistente, tanto ao nível do meu autodesenvolvimento pessoal e profissional como na formação de outros profissionais, permitindo a implementação de soluções que promovam a excelência na prestação de cuidados.

Desta maneira, durante os diversos Estágios de Natureza Profissional, o meu enfoque foi sempre na prestação de cuidados que garantissem um acolhimento adequado à criança e à sua família, transmitindo-lhes segurança e apoio. Em contexto hospitalar, a minha preocupação maior foi minimizar o impacto emocional e psicológico do internamento, utilizando terapias complementares e adotando medidas não farmacológicas para a gestão da dor, com o objetivo de promover o bem-estar global da criança.

Em todos os contextos, a promoção da parentalidade foi uma prioridade, com o intuito de apoiar os pais na assunção plena dos seus papéis parentais, criando condições para um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Para tal, estabeleci uma comunicação eficaz com a criança e a sua família, adaptando a linguagem de acordo com as diferentes faixas etárias, tendo em conta o estatuto social, a etnia e a cultura envolvente. Este enfoque permitiu uma abordagem mais inclusiva e personalizada, favorecendo uma relação de confiança e colaboração mútua, essencial para o sucesso da intervenção de enfermagem e para o bem-estar da criança e da sua família.

O meu objetivo foi contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto da "Cólica no recém-nascido e lactente: promoção do papel parental desenvolvimental", com a implementação de atividades. A minha intenção era, simultaneamente, desenvolver competências enquanto EESIP, bem como habilidades na conceção e documentação dos cuidados de enfermagem prestados à criança e aos pais, com especial enfoque na problemática da cólica. Considero que alcancei os objetivos específicos que



me propus, evidenciando uma pesquisa aprofundada sobre a temática, bem como o desenvolvimento de conhecimentos e competências que promovem a parentalidade. Além disso, consegui aprimorar as competências na gestão de parâmetros vitais e na conceção de cuidados direcionados à cólica no recém-nascido e lactente, sempre com uma abordagem cuidadosa e centrada na família.

A enfermagem em saúde infantil e pediátrica enfrenta um dos seus maiores desafios no próprio cliente, uma vez que, mais do que em qualquer outra fase do ciclo de vida, estamos a lidar com indivíduos cujas particularidades desenvolvimentais variam consoante as diferentes faixas etárias. A essas especificidades associam-se as características individuais da criança e as dos seus pais ou figuras parentais. Esta dualidade de clientes, cada um com as suas próprias necessidades e desafios, representa um grande desafio para os cuidados, mas é precisamente este desafio que torna esta área da enfermagem particularmente fascinante e enriquecedora.

O campo da saúde infantil e pediátrica é vasto, abrangendo todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança desde o seu nascimento até os 18 anos de idade. Dado o seu alcance, não se pode esperar que a aquisição de competências específicas nesta área seja um processo rápido ou imediato. No entanto, as unidades curriculares de estágio profissional, ao proporcionarem experiências clínicas em diversos contextos de prática da Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, favorecem significativamente o desenvolvimento dessas competências. Isso é facilitado pela abrangência dos domínios de intervenção, que incluem a prevenção, promoção e tratamento de condições de saúde e doença, e, acima de tudo, pelo contacto contínuo com crianças e jovens ao longo de todas as fases do seu ciclo de vida.

Sendo a ESEP uma instituição pioneira na implementação da ontologia de enfermagem e na utilização da plataforma E4Nursing, as expectativas em torno da familiarização com estes instrumentos são naturalmente elevadas. No entanto, este pioneirismo também trouxe desafios acrescidos, uma vez que a ausência de experiências prévias ou de um histórico consolidado de boas práticas nesta área exigiu uma maior capacidade de adaptação e resiliência.

O processo de apropriação da ontologia e da plataforma digital implicou a superação de obstáculos relacionados com a compreensão aprofundada da estrutura conceptual utilizada, bem como com a integração fluida destes recursos na prática clínica quotidiana. Ainda assim, esta dificuldade inicial foi transformada numa oportunidade de crescimento profissional, reconhecendo que dominar estas ferramentas não só contribui para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, como também reforça a identidade profissional da enfermagem, através da valorização e visibilidade da sua intervenção específica no sistema de saúde.

Considero que este documento reflete de forma crítica e reflexiva parte do processo de aprendizagem vivenciado, permitindo, assim, uma representação das competências comuns e específicas adquiridas na área da Saúde Infantil e Pediatria (SIP). Gostaria de destacar que

atingi essas competências, fundamentadas numa sólida base técnica e científica, sem jamais negligenciar a componente humana. A minha atuação pautou-se por uma resposta rápida e eficaz, sempre com um olhar atento à criança e aos pais, o que contribuiu para a humanização do cuidar, garantindo um atendimento que respeita e valoriza a dignidade da criança e da família.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Rede de referência hospitalar de neonatologia*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Almeida, F. C. F., & Santos, M. L. (2022). Monitoramento do desenvolvimento neurológico em recém-nascidos prematuros: Práticas e desafios. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, e20210235.

Als, H. (1982). The synactive theory of development: Organizing the behavioral and physiological responses of the newborn infant. In M. K. Kennell & E. S. Klaus (Eds.), *The neonate: Developmental aspects of the first year of life* (pp. 1-33). Blackwell Scientific Publications.

Als, H. (2009). Neurodevelopmental care of preterm infants: The synactive theory approach. In K. E. Gray & C. A. Anderson (Eds.), *Advances in neonatal care: A practical guide* (pp. 123-145). Elsevier.

Als, H., & Duffy, F. H. (2017). The premature infant's development: A guide for understanding and assessing motor behavior and neurodevelopmental outcomes. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(5), 280-286.

Alves, J. M. N. D. O., Amendoeira, J. J. P., & Charepe, Z. B. (2018). The parental care partnership in the view of parents of children with special health needs. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0077.

Ball, J. W., Dains, J. E., Flynn, J. A., Solomon, B. S., & Stewart, R. W. (2023). *Seidel's guide to physical examination* (10.<sup>a</sup> ed.). Elsevier.

Balest, A. (2023). *Cuidados intensivos ao recém-nascido prematuro: Aspectos clínicos e desenvolvimento neonatal*.

Berk, L. E. (2022). *Development through the lifespan* (7.<sup>a</sup> ed.). SAGE Publications.

Borges, C. M., Silva, R. T., & Almeida, P. S. (2005). *Desenvolvimento neurológico e reflexos no recém-nascido: Abordagem clínica e terapêutica*.

Bortolini, M. P., Rinaldi, R., Garcia, P. D. R., & Machado, L. B. (2016). Bloqueio ilioinguinal e ílio-hipogástrico em anestesia pediátrica: Comparação da analgesia entre as técnicas de visualização direta e a guiada por ultrassom. *Revista da AMRIGS*, 60(4), 279-289.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.

- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2006). *The Brazelton touchpoints project: A guide to developmental and behavioral health for children from birth to age 3*. Da Capo Lifelong Books.
- Brandon, D. H., et al. (2018). Sleep in preterm infants: Neurodevelopmental implications. *Journal of Neonatal Nursing*.
- Capucho, H., Santos, L., & Almeida, M. (2017). O papel da amamentação na construção do vínculo mãe-bebê. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1002-1007.
- Cardoso, A., Soares, A., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Ordem dos Enfermeiros.
- Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (2010). *Occupational therapy for children and adolescents* (6.<sup>a</sup> ed.). Elsevier.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker (Eds.), *Advances in child health nursing* (pp. 1-10). Scutari Press.
- Chen, X., Zhang, Y., & Liu, S. (2021). *Consequências do ambiente neonatal hostil para o desenvolvimento neurossensório do recém-nascido prematuro*. *Journal of Neonatal Medicine*, 45(3), 115-127.
- Chora, M., Monteiro, L., Ramos, M., & Amaral, R. (2019). Um olhar sobre o papel do pai na compreensão emocional das crianças: Os estilos parentais e práticas de socialização das emoções negativas. *PSICOLOGIA*, 33(1), 19-32.
- Conceição Ferreira, M. M. (2016). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebê pré-termo. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 4(1), 55-70.
- Couto, G. R., Gabatz, R. I. B., Vaz, J. C., Bório, T. da C., Farias, D. D., & Milbrath, V. M. (2020). Uso de dispositivos invasivos em recém-nascidos: Percepção dos pais. *Enfermagem Foco*, 11(1), 32-37. [enfermfoco.org](http://enfermfoco.org)
- Costa, L. M., & Silva, J. F. (2020). *Vínculo afetivo e desenvolvimento social no recém-nascido prematuro: Impactos e intervenções*. Editora Psicologia do Desenvolvimento.
- Crain, W. (2015). *Theories of development: Concepts and applications* (6.<sup>a</sup> ed.). Psychology Press.
- Crowe, K., & McLeod, S. (2020). Children's English consonant acquisition in the United States: A review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(4), 2155-2169. [doi.org](https://doi.org/10.1044/2020-AJSLP-20-0001)
- Cruz, A., Silva, P., & Oliveira, R. (2023). *Prematuridade e seus impactos: Desafios na saúde pública e na parentalidade*.

Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de março. (1995). *Estabelece o regime jurídico do exercício das profissões de enfermagem*. Diário da República, 1.ª série, nº 60.

Despacho n.º 10319/2014, de 10 de outubro. (2014). *Determina a implementação de ações para a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde*. Diário da República, 2.ª série, p. 20675.

Despacho n.º 52/2022, de 21 de março. (2022). *Define as orientações para a implementação das novas diretrizes de cuidados de saúde*. Diário da República, 2.ª série.

Direção-Geral da Saúde. (2003). A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor [Circular Normativa n.º 09/DGCG]. [dgs.pt](https://dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2010). Dor na criança: Avaliação; escalas de avaliação (Orientação n.º 14/2010).

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma de orientação clínica: Promoção da saúde e prevenção da doença*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma n.º 010 / 2013 de 31 / 05 / 2013 . [dgs.pt](https://dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar* (Norma n.º 015/2015 de 12/08/2015). [nocs.pt](https://nocs.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 015/2015: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Recuperado de [normas.dgs.min-saude.pt](https://normas.dgs.min-saude.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Recuperado de [normas.dgs.min-saude.pt](https://normas.dgs.min-saude.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma de orientação clínica: Literacia em saúde*. Direção-Geral da Saúde

Diniz, A. (2015). *Terapias complementares em cuidados paliativos pediátricos* (Tese de licenciatura). Universidade Atlântica. Recuperado de European Association for Children in Hospital (EACH). (2016). *EACH Charter: Direitos das crianças hospitalizadas*.

ESPGHAN. (2014). Oral rehydration therapy and maintenance fluid therapy in children: European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) guidelines. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 58(4), 529-539. [doi.org](https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000584)

Eurodis (2020). *What is a rare disease?*. each-for-sick-children.org

Fairbrother, G., Jones, A., & Rivas, K. (2010). Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. *Contemporary Nurse*, 35(2), 202-220. Fernandes, L. A., Silva, M. R., & Costa, P. F. (2023). *Desafios neurológicos no recém-nascido prematuro: Aspectos clínicos e intervenções terapêuticas*.

Fernandes, M. N. F., Chaves, F. L., Nunes, J. T., & Costa, A. C. P. J. (2017). O brincar na percepção de enfermeiros em um hospital pediátrico do Maranhão. *Jornal de Ciências da Saúde*, 19(2), 120-125.

Gardner, S., & Hernández, M. (2016). Implementación de medidas de seguridad en unidades neonatales: Acceso restringido y protocolos de higiene. *Revista de Enfermería Neonatal*, 30(2), 123-130.

Galego, P. A. C. B. (2020). *Gestão diferenciada da dor relacionada com procedimentos no recém-nascido pré-termo: contributos do enfermeiro* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].

Gaspar, P. M. (2024). *Cólicas do lactente: Uma revisão da bibliografia dos últimos 10 anos* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto).

Gil, M. L. D. O. (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor: Um novo caminho* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Ciência UCP. ciencia.ucp.pt

Giroto, E. F. (2024). *Desenvolvimento motor no recém-nascido prematuro: Desafios e progressos nas habilidades motoras*.

Gomella, T. L. (2020). *Neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs* (8.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education.

Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro, Brasil.

Hernandez, R. (2023). *A técnica dos '5S' para acalmar choro de bebês funciona?* Terra.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2021). *Wong, Enfermagem da criança e adolescente* (11.<sup>a</sup> edição). Lusociência

Holm, L. V., Jarbøl, D. E., Christensen, H. W., Søndergaard, J., & Hestbæk, L. (2018). The effect of chiropractic treatment on infantile colic: Study protocol for a single-blind randomized controlled trial. *Chiropractic & Manual Therapies*, 26, 17-26.

Huber, D. (2014). *Leadership and nursing care management* (5th ed.). Elsevier Health Sciences.

International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001:2015 – Quality management systems – Requirements*.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *Manual de suporte básico de vida pediátrico* (Versão 4.0). Instituto Nacional de Emergência Médica. Recuperado de [inem.pt](http://inem.pt)

Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. (2020). *Vacina contra a hepatite B: Informação técnica e recomendações*.

Kliegman, R. M., St Geme, J. S., Blum, N. J., Shah, S. S., Tasker, R. C., & Wilson, K. M. (2024). *Nelson Textbook of Pediatrics* (22.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

Leite, R., & Silva, M. (2019). O desenvolvimento das emoções e da autorregulação emocional nas interações sociais. *Psicologia: Desenvolvimento e Educação*, 13(2), 34-46.

Lepesteur, J. D. (2024). A importância da formação continuada para os profissionais da saúde. *Revista Foco*, 17(5). [doi.org](https://doi.org/)

Lopes, M. (2021). *Desafios de inovação em saúde: Repensar os modelos de cuidados*. Imprensa da Universidade de Évora. [doi.org](https://doi.org/)

Lourenço, O. (2016). Piaget's theory of cognitive development: A look back and a look ahead. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(3), 1-8. <https://doi.org/10.5935/1678-7153.20160023>

Magalhães, S. P. N. (2013). *Tecnologias educativas destinadas à pessoa com dependência e/ou familiar cuidador: Uma revisão sistemática da literatura* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório da Universidade do Porto.

Maia, M., Silva, P., & Almeida, R. (2020). *Desafios no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Abordagens clínicas e intervenções*. Editora Saúde.

Marquis, B., & Huston, C. (2015). *Leadership roles and management functions in nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. C. (2017). *Transição para a parentalidade: A grounded theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem*.

Martins, T., Imaginário, C., Lumini Landeiro, M. J., & Sousa, M. R. (2024). *Liderança, supervisão e monitorização de cuidados em saúde*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

McLeod, S. (2020). Psychosexual stages. Simply Psychology.

McManus, M. (2017). Early detection and intervention in motor skill development. *Journal of*

*Child Development*, 35(4), 213-225.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Mettler, M., & Kemper, D. W. (2006). *Information therapy: Prescribed information as a reimbursable medical service*. Healthwise, Incorporated.

Mimoso, I. M. (2020). *Forças e recursos de pais-cuidadores de crianças e adolescentes com paralisia cerebral: Um estudo qualitativo* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].

Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2023). *Before We Are Born: Essentials of Embryology and Birth Defects* (11.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

Motta, M. D., & Issi, A. L. (2017). A informoterapia: Uma abordagem terapêutica baseada na utilização da informação estruturada como recurso essencial para a promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Informática em Saúde*, 13(2), 53-58.

Ministério da Saúde. (2022, 31 de agosto). Despacho n.º 52/2022: Alteração ao plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, n.º 177.

Neufeld, G. (2017). *A importância da autoestima em adolescentes que enfrentam desafios*.

Nunes, M. C. (2019). *A transição para a parentalidade com um recém-nascido prematuro: Desafios emocionais e adaptações*.

Olivares, J. L., et al. (2020). Impacto do sono na maturação cerebral de recém-nascidos prematuros. *Revista de Pediatria Neonatal*.

Oliveira, A. M., Silva, M. A., Santos, L. F., & Ferreira, P. A. (2014). Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale: Linearidade, discriminabilidade e amplitude. *Revista de Enfermagem*, 4(3), 121-130.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Crescimento e desenvolvimento infantil: Manual de apoio à prática profissional*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. <https://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas*



*no controlo da dor na criança. Ordem dos Enfermeiros.* Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização.* Série 1, nº8 . [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadespositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Alteração estatutária: publicado novo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.* Recuperado de Ordem dos Enfermeiros (2021). [apps.who.int](https://apps.who.int)

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2019). *Dor: A gestão da dor como 5º sinal vital.*

Padilha, J. M. S. C., Sousa, P. A. F., & Pereira, F. M. S. (2012). Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(Número Especial 1), 60-66.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Experience human development* (10th ed.). McGraw-Hill.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2015). *Experience human development* (13th ed.). McGraw-Hill Education.

Papalia, D. E., & Martorell, G. A. (2021). *Experience human development* (15th ed.). McGraw-Hill Education.

Parecer do conselho de enfermagem n.º 95/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Referenciação de utentes/doentes.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5597/parecer-n%C2%BA95-ce-19032018\\_referencia%C3%A7%C3%A3o-de-utentesdoentes\\_edoc\\_2017\\_22920\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5597/parecer-n%C2%BA95-ce-19032018_referencia%C3%A7%C3%A3o-de-utentesdoentes_edoc_2017_22920_anonimizado.pdf)

Parecer n.º 10/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusn%C2%BAplus10\\_2018\\_31082018\\_mceesip\\_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras\\_iniciativaplusdaplusmesa\\_alt\\_anonimiz.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusn%C2%BAplus10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf)

Parecer n.º 19/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>

Pedroso, R. M. C. J. (2017). *Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família*.

Petronilho, M. (2007). *Capacitação parental: Estratégias de ensino-aprendizagem em saúde*. Edições Universidade de Coimbra.

Petry, G. B. (2023). *Experiência parental na internação neonatal e o impacto da hospitalização*. Contributions to Science, 19(1), 15-22. Recuperado de Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. International Universities Press.

Querido, D. J. (2021). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido. *Enfermería Global*, 20(3), 479-291. Recuperado de revistas.um.es

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (Coords.). (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel

Rebeca, C. F. V. (2013). Transição para a parentalidade: Intervenção em enfermagem na promoção de competências parentais [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação Materna, da Criança e do Adolescente [RNEHRMCA]. (2016). *Rede de referenciação perinatal em Portugal: Organização e níveis de atuação*. Ministério da Saúde.

Reis, I. de F. A., Silva, L. C. A., Oliveira, A. M., Souza, R. P., & Santos, J. M. (2021). Fatores preditivos da neuropatia diabética em idosos atendidos na atenção primária. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20148.

Reticena, K. O., Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2022). Promoção da parentalidade positiva: Percepção de enfermeiros da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, e20220203. doi.org

Rellán, M. (2008). *Cuidados de enfermagem ao recém-nascido pré-termo*. Ediciones Díaz de Santos.

Rugolo, L. M. S., Figueiredo, M. F., & Almeida, M. A. (2020). *Cuidados neonatais ao recém-nascido prematuro: Desafios e intervenções clínicas*. Editora Saúde Pública.

Sá, I., & Amado, J. (2015). *Transições e mudanças ao longo da vida: Desafios e oportunidades*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Santos, I. S., & Dacorso, S. T. M. (2020). O legado de Freud e de Lacan: As vicissitudes do

Complexo de Édipo. *Cadernos de Psicologia*, 2(3), 128-148. Disponível em: doi.org

Santos, R. M., & Oliveira, C. L. (2024). *Cuidados respiratórios ao recém-nascido prematuro: Intervenções clínicas e apoio ventilatório*. Editora Medicina Neonatal.

Savino, F., Tarasco, V., & Palumeri, E. (2018). New treatments for infant colic. *Current Pediatric Reviews*, 14(3), 173-178. doi: 10.2174/1573396314666181001121802

Schirmann, J. K., Silva, M. P., & Oliveira, A. F. (2019). Fases de desenvolvimento humano segundo Jean Piaget. *Anais do Congresso Nacional de Educação (CONEDU)*, 1, 1-10. <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/60497>

Silva, M. C. F. da. (2017). *Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança: Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra.

Silva, G. S. C. (2019). *Humanização dos cuidados em pediatria: Atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria* [Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/30392>

Silva, R. M. de O., & Pedreira, L. C. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(1), 45-50.

Silva, A. L., Costa, R. M., & Pereira, M. F. (2019). Implementação do Método Canguru: Impacto na participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Neonatal*, 8(2), 45-52. Recuperado de [revistas.uevora.pt](http://revistas.uevora.pt)

Silva, G. T., Varanda, P. A. G., Santos, N. V. C., Silva, N. S. B., Salles, R. S., Amestoy, S. C., Teixeira, G. A. S., & Queirós, P. J. P. (2020). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros. *Esc. Anna Nery*, 24(1), e20190274.

Skinner, B. F. (2011). Crítica dos conceitos e teorias psicanalíticos (M. R. da Silva, M. P. Figueiredo & S. Zuliani, Trans.). In H. Feigl & M. Scriven (Eds.), *As fundações da ciência e os conceitos da psicologia e da psicanálise* (pp. 77-87). Londrina: Tradução da edição publicada pela University of Minnesota Press. (Trabalho original publicado em 1954 no *Scientific Monthly*, 79, 300-305).

Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem* [Tese de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar].

Soares, R., Gouveia, I., Correia, L., Sardo, M., Cardoso, R., Castro, R., & Loureiro, F. (2022). Teoria das Transições - Afaf Meleis [Apresentação de poster]. III Jornadas Científicas

Universitárias e Politécnicas da Egas Moniz, Monte da Caparica, Portugal.

Soares, L. P. (2021). *A parentalidade em contexto de prematuridade: Desafios emocionais e psicológicos no vínculo com o recém-nascido prematuro*.

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Souza, J. M. de. (2014). *Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I* [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo]. Repositório da USP. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-115040/en.php>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021). *SCLínico: Manual de utilização*. SPMS, EPE. <https://www.spms.min-saude.pt/documentos/sclinico-manual-utilizacao>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2018). *Doenças infecciosas em crianças*. Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Manual de cuidados neonatais e prematuridade*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

Skinner, B. F. (2011). Crítica dos conceitos e teorias psicanalíticos (M. R. da Silva, M. P. Figueiredo & S. Zuliani, Trans.). In H. Feigl & M. Scriven (Eds.), *As fundações da ciência e os conceitos da psicologia e da psicanálise* (pp. 77-87). Londrina: Tradução da edição publicada pela University of Minnesota Press. (Trabalho original publicado em 1954 no Scientific Monthly, 79, 300-305).

Tavares, L. A. M. (2020). *Atenção à Saúde do Recém-Nascido*. Ministério da Saúde.

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F.P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278- 295. [docs.bvsalud.org](https://docs.bvsalud.org)

Vericat, J., & Orden, R. (2010). *Desarrollo psicomotor en la infancia: Aspectos teóricos y prácticos*. Editorial Psicolibros.

Vinícius, L. (2016). *Fases do desenvolvimento de acordo com a teoria de Freud*.

Vilaça, C., & Ramos, M. (2020). *Cuidado e desenvolvimento do recém-nascido: Práticas e intervenções na primeira infância*. Editora Saúde.

World Health Organization (WHO). (2012). *Preterm birth: Facts and figures*. World Health

Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

World Health Organization. (2021). *Health literacy*. Recuperado de <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

World Health Organization (WHO). (2022). *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. World Health Organization.

Wolke, D., Bilgin, A., & Samara, M. (2017). Systematic review and meta-analysis: Fussing and crying durations and prevalence of colic in infants. *Journal of Pediatrics*, 185, 55-61. doi:10.1016/j.jpeds.2017.02.020

Zagonel, I. P. S. (2016). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2783. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0890.2783>

Zhang, X., Xu, Y., & Wang, K. (2023). Caregiving experiences of caregivers of children with rare diseases. *Pediatric Nursing*, 49, 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.017>