ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

A CAPACITAÇÃO PARENTAL NO PERÍODO NEONATAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Joana Alexandra Neves Mendes

Setembro-25

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Joana Alexandra Neves Mendes

A CAPACITAÇÃO PARENTAL NO PERÍODO NEONATAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

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

Orientador(es)
Professora Mestre Carla Silva Mendes

Setembro-25

"*If we change the beginning of the story, we change the whole story.*"

Raffi Cavoukian

Agradecimento

Aos meus pais, que desde sempre contribuíram com o melhor de si, que acreditam incondicionalmente na minha capacidade de enfrentar qualquer desafio e que são, para mim, exemplo de dedicação e empenho.

À minha irmã e ao Emanuel, que, apesar das minhas ausências, estiveram sempre presentes com apoio e compreensão. Em especial à minha irmã, pela força constante e pela energia positiva que, de forma incansável, me transmitiu nos momentos mais delicados.

Ao Ricardo, que esteve ao meu lado em todos os momentos, que cuidou de mim e que tornou possível a conclusão desta caminhada. És o meu porto seguro e esta conquista é, acima de tudo, nossa.

À Sofia, companheira de percurso, que mutuamente nos incitámos a este desafio, pela motivação e apoio mútuo ao longo de todo o processo. À Ana e à Madalena, pela amizade que nasceu nesta etapa, por tantas vezes partilharem comigo as mesmas ansiedades e, sobretudo, pelos momentos de alegria e descompressão que trouxeram leveza a esta caminhada. Às restantes colegas, pela entreajuda, pela motivação e pelos momentos de convívio que deram ainda mais significado a esta etapa.

Ao corpo docente deste Mestrado, pela dedicação, pela partilha de conhecimentos e pelo contributo fundamental para a minha formação. À Professora Mestre Carla Mendes, pela disponibilidade, pela forma de tornar o percurso mais leve e pela motivação que sempre transmitiu.

Aos amigos, que transformaram a minha ausência em presença, mostrando-me sempre apoio e amizade incondicional. Um agradecimento especial à Raquel e à Vanessa, pela motivação constante e por serem leitoras atentas e dedicadas do trabalho desenvolvido.

À minha chefia, pelo apoio e confiança, e por facilitarem o meu percurso profissional, permitindo a conciliação com este percurso académico. Às minhas colegas de trabalho, pela compreensão nos momentos em que a minha disponibilidade foi menor e pela motivação e apoio que tantas vezes me transmitiram.

Às supervisoras clínicas, pela partilha generosa de saberes, pela atenção dedicada e pelo reforço positivo constante.

Ao meu pequeno afilhado, que chegou ao mundo no meio deste processo e que, com ternura, me ajudou, sem saber, a crescer nesta caminhada

E, por fim, a todas as crianças e, em particular, a todos os recém-nascidos e suas famílias, que me inspiram e me motivam, todos os dias, a procurar ser melhor na minha prática de cuidados.

Resumo

O período neonatal constitui uma fase crítica e vulnerável da infância, marcada pela imaturidade fisiológica do recém-nascido e pelas exigentes adaptações familiares. A prematuridade e outras condições de risco aumentam a vulnerabilidade da díade, comprometendo a vinculação precoce e a parentalidade, com repercussões no desenvolvimento da criança. Esta complexidade exige uma intervenção diferenciada, individualizada e centrada na família, na qual a capacitação parental assume-se como estratégia fundamental para reforçar a confiança da família, reduzir vulnerabilidades e promover o desenvolvimento infantil.

Neste enquadramento, o presente relatório, objetiva analisar criticamente o percurso formativo, evidenciando a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre. O percurso foi sustentado pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, em articulação com a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados, que orientaram a intervenção na facilitação das transições vividas pela díade recém-nascido/família.

A metodologia incluiu revisão da evidência científica, diagnósticos de situação em diferentes contextos e planos de projeto com objetivos, atividades e critérios de avaliação. A sua implementação resultou essencialmente em documentos orientadores da prática, formação aos profissionais, instrumentos informativos de capacitação parental e sessões de educação para a saúde.

Os resultados refletem uma uniformização e humanização dos cuidados e o fortalecimento da confiança e autonomia das famílias. Conclui-se que a prática reflexiva, orientada por diagnósticos de situação e planos de projeto, foi estruturante para a consolidação de competências avançadas e para a melhoria da qualidade dos cuidados à díade.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Período neonatal, Recém-nascido de alto risco; Capacitação parental; Desenvolvimento infantil

Abstract

The neonatal period represents a critical and vulnerable stage of childhood, characterised by the physiological immaturity of the newborn and the demanding family adaptations required. Prematurity and other risk conditions increase the vulnerability of the dyad, compromising early bonding and parenting, with potential repercussions on the child's development. This complexity demands a differentiated, individualised, and family-centred approach, in which parental empowerment emerges as a fundamental strategy to strengthen family confidence, reduce vulnerabilities, and foster child development.

Within this framework, the present report aims to critically analyse the training pathway undertaken by nurses, highlighting the acquisition of the Nurse Specialist's common competencies, the specific competencies in Child and Paediatric Health Nursing, and those required at Master's level. The pathway undertaker was underpinned by Afaf Meleis Transitions Theory, in articulation with the Philosophy of Family-Centred Care and the Partnership in Care Model, which guided the intervention in facilitating the transitions experienced by the newborn/family dyad.

The methodology included a review of scientific evidence, situational diagnoses across different contexts, and the development of project plans with objectives, activities, and evaluation criteria. Implementation mainly resulted in practice-guiding documents, professional training sessions, parental empowerment tools, and health education interventions.

The results demonstrate greater standardisation and humanisation of care, as well as strengthened family confidence and autonomy. It is concluded that reflective practice, guided by situational diagnoses and project plans, was decisive for the consolidation of advanced competencies and for the improvement of care quality provided to the dyad.

Keywords: Paediatric Nursing; Neonatal period; high-risk newborn; Parental empowerment; Child development

Lista de abreviaturas e siglas

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESC	Enfermeiro Supervisor Clínico
ESSCVP	Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
EG	Enfermeiro Gestor
ESP	Enfermeiro Supervisor Pedagógico
NIDCAP	*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*
NIPS	*Neonatal Infant Pain Scale*
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RN	Recém-nascido
RNP	Recém-nascido pré-termo
SUP	Serviço de Urgência de Pediatria
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
UC	Unidade Curricular
UCERN	Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido
UCINT Ped	Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos
UCN	Unidade de Cuidados Neonatais
ULS	Unidade Local de Saúde

Índice

I. Introdução 10
II. Enquadramento teórico 13
II.1. Desenvolvimento Infantil 13
II.1.1. Recém-nascido de alto risco 13
II.1.2. Cuidados Centrados no Desenvolvimento 15
II.2. Família 16
II.2.1. Vinculação e Parentalidade comprometida 16
II.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 17
II.3.1. Referenciais teóricos orientadores 19
III. Percurso desenvolvido para aquisição das competências especializadas e de mestre 23
III.1. Objetivos específicos transversais aos contextos 24
III.2. Contexto hospitalar 30
III.2.1. Internamento de Pediatria 30
III.2.1.1. Contextualização 30
III.2.1.2. Diagnóstico de situação 31
III.2.1.3. Implementação do plano de projeto 32
III.2.1.4. Competências desenvolvidas 35
III.2.2. Urgência Pediátrica 37
III.2.2.1. Contextualização 38
III.2.2.2. Diagnóstico de situação 39
III.2.2.3. Implementação do plano de projeto 40
III.2.2.4. Competências desenvolvidas 43
III.2.3. Neonatologia 45
III.2.3.1. Contextualização 46
III.2.3.2. Diagnóstico de situação 46
III.2.3.3. Implementação do plano de projeto 49
III.2.3.4. Competências desenvolvidas 52
III.3. Contexto de cuidados na comunidade. 53
III.3.1. Contextualização 53
III.3.2. Diagnóstico de situação 54
III.3.3. Implementação do plano de projeto 57
III.3.4. Competências desenvolvidas 60
IV. Considerações finais 62

V. Referências bibliográficas 64

Apêndices 76

Apêndice A - Fluxograma de metodologia (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA)* 77

Apêndice B - Cronograma de atividades do Estágio de Natureza Profissional - Módulo I 80

Apêndice C – Guião de apoio à recolha de informação 83

Apêndice D – Caracterização dos contextos de estágio 85

Apêndice E - Plano de projeto 106

Apêndice F – Cronograma de atividades do Estágio de Natureza Profissional - Módulo II 113

Apêndice G – Resumo revisão sistemática da literatura: Inteligência cultural dos enfermeiros nos cuidados às crianças/jovens e famílias imigrantes 119

Apêndice H – Formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Internamento de Pediatria 122

Apêndice I – *Qrcode* com acesso ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Internamento de Pediatria 127

Apêndice J – Análise das respostas ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Internamento de Pediatria 129

Apêndice K – Orientação técnica - Planeamento de Alta de Enfermagem do Recém-Nascido no Departamento de Pediatria 135

Apêndice L – *Checklist* de competências parentais adquiridas durante a hospitalização 148

Apêndice M – Instrumento informativo - Guia para pais - Preparar a alta do recém-nascido 152

Apêndice N – Folha de sumário e Sessão de formação - Continuidade de cuidados e planeamento de alta do recém-nascido – Departamento de Pediatria" 175

Apêndice O – Orientação técnica - Gestão da dor do recém-nascido na Urgência de Pediatria 195

Apêndice P - Cartaz informativo - Estratégias de conforto para o seu bebé na Urgência de Pediatria e Vídeo informativo - Saiba como confortar o seu bebé na Urgência de Pediatria 217

Apêndice Q - Folha de sumário e Sessão de formação - Gestão da dor do recém-nascido na Urgência de Pediatria 228

Apêndice R – Formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Neonatologia 247
Apêndice S – Análise das respostas ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Neonatologia..... 251
Apêndice T – Orientação técnica - Gestão da dor e do *stress* do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido 259
Apêndice U – Instrumento informativo - Comunicar com o bebé na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido..... 286
Apêndice V – Folha de sumário e Sessão de formação - Gestão da dor e do *stress* na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido..... 291
Apêndice W – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de formação - Gestão da dor e do *stress* na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido 310
Apêndice X – Procedimento técnico - Banho total enfaixado na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido..... 314
Apêndice Y – Folha de sumário e Sessão de formação - Banho total enfaixado – Uma técnica promotora do neurodesenvolvimento do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido..... 329
Apêndice Z – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de formação - Banho total enfaixado – Uma técnica promotora do neurodesenvolvimento do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido 347
Apêndice AA – Solicitação de substituição de campainha sonora por sistema luminoso 351
Apêndice AB – Substituição de campainha sonora por sistema luminoso..... 353
Apêndice AC – Formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Cuidados na Comunidade..... 355
Apêndice AD – Análise das respostas ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de cuidados na comunidade 359
Apêndice AE – Folha de sumário e Sessão de educação para a saúde - Crescer a Brincar - Atividades promotoras do desenvolvimento 364
Apêndice AF – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de educação para a saúde - Crescer a Brincar - Atividades promotoras do desenvolvimento 390
Apêndice AG – Instrumento informativo - Cuidar, Brincar e Crescer – atividades promotoras do desenvolvimento dos 0 aos 24 meses..... 394

Apêndice AH – Instrumento informativo de sensibilização do Dia Internacional da Família 411
Apêndice AI – Folha de sumário e Sessão de formação - Do Hospital para a Comunidade: o acompanhamento do recém-nascido prematuro nos cuidados de saúde primários 414
Apêndice AJ – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de formação - Do Hospital para a Comunidade: o acompanhamento do recém-nascido prematuro nos cuidados de saúde primários 433
Anexos 437
Anexo A - Certificados de participação e de co-autora de um póster científico apresentado no 2.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança 438
Anexo B - Certificados de participação e autora de um póster científico apresentado no IX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermagem Pediátrica e Neonatal 441
Anexo C - Certificados de participação e autora de um póster científico apresentado no II Seminário Internacional de Mestrados em Enfermagem da ESSCVP Lisboa 444
Anexo D - Certificado de participação no Nível I do curso *Family and Infant Neurodevelopmental Education* (FINE I) 447
Anexo E - Certificado de participação no Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátricos 449
Anexo F - Sinais de Alarme no Recém-Nascido 451

I. Introdução

O presente relatório constitui o culminar do percurso formativo desenvolvido no âmbito do terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) - Lisboa.

Configura-se como um instrumento de reflexão do percurso desenvolvido, essencialmente nas Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II, através do qual se objetiva analisar, de forma crítica e fundamentada, o percurso formativo individual, visando a aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), bem como competências inerentes ao grau de mestre, de acordo com os domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela legislação em vigor.

A temática desenvolvida emergiu da prática profissional em contexto de neonatologia. A experiência prévia no cuidado à díade recém-nascido (RN)/família, aliada ao compromisso com a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados, permitiu reconhecer que as condições de risco para o RN, que frequentemente motivam internamento em Unidade de Cuidados Neonatais (UCN), têm um impacto significativo na vinculação precoce, na parentalidade e no desenvolvimento infantil. Acresce que as práticas implementadas pelos profissionais de saúde no período neonatal influenciam a adaptação da díade e o desenvolvimento da criança e que, muitas destas crianças, continuam a necessitar de acompanhamento nos diferentes contextos de cuidados pediátricos, motivando o desejo de aprofundar a compreensão deste percurso e desenvolver competências para intervir na parentalidade e no desenvolvimento infantil, com especial ênfase no período neonatal.

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, contínuo e multidimensional, que ocorre ao longo da infância e é influenciado por fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais[1,2,3]. Destacam-se os primeiros 1000 dias, desde a conceção até aos dois anos de idade, como uma janela crítica e determinante para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança[4], assumindo o período neonatal, especial vulnerabilidade, não só pela imaturidade fisiológica do RN e respetiva dependência de cuidados, mas também pelas exigentes adaptações impostas aos pais/família/cuidadores, doravante referida família[5,6].

Apesar da redução significativa da mortalidade infantil a nível mundial, o período neonatal continua a representar o período mais crítico para a sobrevivência. Em 2022, dos 4,9 milhões de óbitos em crianças com menos de cinco anos, cerca de 2,3 milhões

ocorreram no período neonatal, correspondendo a 47% do total[7,8]. Estima-se que cerca de 80% dessas mortes são atribuídas a causas evitáveis e tratáveis, como a prematuridade, infeções neonatais e complicações perinatais[7].

Em Portugal, a taxa de mortalidade neonatal tem vindo a decrescer, atingindo em 2023 o valor historicamente baixo de 1,6 por 1000 nados vivos[9], valor inferior à meta proposta pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que visa reduzir para menos de 12 por 1000 até 2030[10]. Contudo, dados de 2021 evidenciam que a prematuridade constitui a principal causa de morte neonatal (38,15%), seguida de anomalias congénitas (31,34%) e complicações perinatais (12,81%)[9].

Estes dados conferem pertinência à abordagem dos recém-nascidos de alto risco, entre os quais se incluem os recém-nascidos pré-termo, com baixo peso, malformações congénitas, infeções neonatais ou com necessidade de cuidados diferenciados. Esta população apresenta risco acrescido de mortalidade, morbilidade e de alterações no seu desenvolvimento, com potencial impacto ao longo do ciclo de vida[11,12]. Para além da vulnerabilidade biológica, estas situações constituem um fator de *stress* para a família, podendo comprometer a transição para a parentalidade, dificultar a vinculação precoce e consequentemente afetar o desenvolvimento da criança[11-14].

A promoção do desenvolvimento infantil constitui um domínio central da prática de enfermagem, que reconhece a família como elemento essencial[15]. Neste âmbito, a prática de enfermagem articula-se com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que sublinham a relevância de cuidados responsivos e centrados na família como base para o desenvolvimento infantil saudável. Em orientações da OMS sobre a primeira infância, sublinham-se a importância da provisão de cuidados responsivos e nutritivos, incluindo saúde, nutrição adequada, segurança e oportunidades de aprendizagem precoce, como determinante central do potencial de desenvolvimento, e recomenda a integração de práticas centradas na família que promovam vínculos afetivos seguros e ambientes estimulantes[14,16,17]. Mais recentemente, as orientações específicas para o recém-nascido pré-termo (RNP) ou de baixo peso reforçam a importância do envolvimento parental ativo e da continuidade de cuidados do hospital à comunidade, enquanto o relatório *Born Too Soon: decade of action on preterm birth* evidencia a prematuridade como principal causa de mortalidade neonatal e infantil, apelando a uma resposta global que articule prevenção, cuidados centrados na família e acompanhamento ao longo do ciclo de vida[8,16,17]. Estas recomendações estão em consonância com os *Standards* Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-Nascido, que enfatizam a necessidade de cuidados individualizados, contínuos, baseados em evidência e prestados por equipas interdisciplinares, sensíveis às necessidades específicas do RN e da sua família[18].

A capacitação parental assume-se como uma estratégia central para a promoção da saúde e do desenvolvimento do RN, promovendo o envolvimento da família e a aquisição de conhecimentos, competências e confiança essenciais para o desempenho de um papel parental positivo, ajustado às necessidades específicas do desenvolvimento da criança, tanto durante como após a hospitalização[12,19,20,21].

Esta abordagem assume particular relevância na prática de cuidados do EEESIP, cuja intervenção se centra, entre outros domínios, na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, no suporte emocional e educativo às famílias e na valorização das suas competências enquanto recurso fundamental nos cuidados[15,22]. Destaca-se, neste âmbito, a necessidade da implementação de cuidados antecipatórios, individualizados e centrados na família, orientados para a criação de ambientes sensíveis, responsivos e promotores do desenvolvimento[15,22].

A intervenção do EEESIP no apoio à díade em processos de transição durante o período neonatal encontra consistência conceptual em referências teóricos como a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, de Wright e Leahey[23], o Modelo de Parceria de Cuidados, de Anne Casey[24] e na Teoria das Transições, de Afaf Meleis[25]. Face ao exposto, considera-se pertinente aprofundar a temática da capacitação parental como estratégia central na promoção do desenvolvimento do RN, especialmente no contexto da prematuridade, reconhecendo o papel do EEESIP na facilitação das transições vivenciadas pela díade.

O relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. Inicia-se com a presente Introdução, que apresenta e justifica a pertinência do tema no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, definindo os objetivos e a estrutura do trabalho. Segue-se o Enquadramento Teórico, que fundamenta cientificamente a temática, abordando os principais conceitos, desenvolvimento infantil, recém-nascido de alto risco, prematuridade, parentalidade, vinculação e capacitação parental, integrando-os nos referenciais teóricos e modelos de cuidados que norteiam a prática dos cuidados do EEESIP. O capítulo do Percurso formativo, descreve-se o desenvolvimento das competências, evidenciando, por contexto de estágio, a metodologia adotada para a identificação das necessidades na área de enfermagem especializada, o diagnóstico de situação e o respetivo plano de projeto – Módulo I. Este plano concretiza-se na componente interventiva implementada, detalhando as atividades desenvolvidas e a sua articulação com as competências adquiridas – Módulo II. Finaliza-se com as Considerações Finais, que sintetiza aprendizagens, contributos e perspetivas futuras. O relatório é ainda complementado pelas Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndices, que documentam e sustentam o trabalho realizado.

II. Enquadramento teórico

O presente enquadramento teórico aprofunda, à luz da recente evidência, os determinantes do desenvolvimento infantil, as especificidades do período neonatal e o papel da família na promoção do crescimento e desenvolvimento, com enfoque no RNP. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, seguindo a metodologia *Prefered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, com o intuito de assegurar a transparência e o rigor metodológico (Apêndice A).

II.1. Desenvolvimento Infantil

O desenvolvimento infantil, foco de atenção da enfermagem, é um processo contínuo, dinâmico e ordenado, que integra dimensões cognitiva, motora, emocional e social[1,2,3,26]. Inicia-se no período neonatal e prolonga-se até à idade adulta, traduzindo-se na aquisição de competências para responder às necessidades da criança e do seu meio[1,26]. Embora a sequência de desenvolvimento seja universal, as trajetórias variam em função da influência e interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, ambientais e sociais[1,2,3].

A primeira infância, compreendida desde a conceção até aos seis anos, constitui um período crucial para o desenvolvimento, sobretudo os primeiros 1000 dias, determinantes para o neurodesenvolvimento dada a elevada neuroplasticidade[4,27,28]. O período neonatal, compreendido desde o nascimento até os 28 dias de vida, representa o período mais crítico pela imaturidade fisiológica, vulnerabilidade e dependência de cuidados que garantam a adaptação à vida extrauterina[5,6].

A saúde neonatal tem assumido crescente relevância na agenda global de saúde pública, face às evidências de que as condições iniciais influenciam o curso de vida e o desenvolvimento[8,16,17,18]. A epigenética demonstra que fatores ambientais e condições adversas, pré e pós-natais, podem modular a expressão genética, aumentando a vulnerabilidade e comprometendo o desenvolvimento da criança a longo prazo[21,29]. Pelo caráter particularmente vulnerável do RN de alto risco, as orientações internacionais e as políticas de saúde colocam esta população como alvo prioritário[14,16,17].

II.1.1. Recém-nascido de alto risco

Considera-se RN de alto risco aquele que, independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer, apresenta uma probabilidade aumentada de morbilidade/mortalidade por condições pré-natais, complicações perinatais e/ou intercorrências no período neonatal[11,21]. Classifica-se segundo o peso ao nascer, idade

gestacional e problemas fisiopatológicos predominantes, exigindo cuidados especializados que assegurem a sobrevivência e promovam a vinculação, a parentalidade e o desenvolvimento[11,12,21.]

Entre as condições de risco, destaca-se a prematuridade, definida como o nascimento antes das 37 semanas de idade gestacional[11], com prevalência global de cerca de 10% e tendência crescente[14,29], em parte devido aos avanços tecnológicos que suportam a redução do limiar da viabilidade e o aumento da taxa de sobrevivência[30,31,32].

Os nascimentos pré-termo podem decorrer tanto de trabalho de parto espontâneo quanto de indução ou intervenção médica motivada por condições maternas ou fetais[33]. Independentemente da causa, os RNP enfrentam dificuldades acrescidas na adaptação à vida extrauterina, proporcionais à imaturidade e ao estádio de desenvolvimento[11].

O cérebro fetal é particularmente vulnerável no terceiro trimestre da gravidez, período de maior crescimento e maturação, sendo que o nascimento prematuro interrompe precocemente o desenvolvimento intrauterino. O RNP enfrenta maiores desafios à sobrevivência e ao desenvolvimento saudável, sendo mais vulnerável a complicações imediatas e a morbilidades a longo prazo, que afetam tanto a criança como a dinâmica familiar[28,30,34,35,36].

O neurodesenvolvimento é um processo dinâmico, determinado pela interação de fatores genéticos e ambientais[28], que sustenta a aquisição de competências que permitem à criança interagir com o meio. Encontra-se frequentemente comprometido no RNP, dada a imaturidade sensorial e a vulnerabilidade cerebral a adversidades nesta fase[28,39]. As alterações surgem quando trajetórias de desenvolvimento geneticamente determinadas são desviadas por influências nocivas nos períodos fetal, perinatal e/ou neonatal. Estes períodos são de grande vulnerabilidade pelo facto de constituir uma fase primordial do desenvolvimento do sistema nervoso central com de forte influência das experiências na arquitetura cerebral imatura[28]. As perturbações do neurodesenvolvimento abrangem um espectro amplo de situações clínicas, podendo a médio e longo prazo, os RNP apresentam maior probabilidade de prognóstico adverso relativamente à aquisição e evolução de competências motoras, cognitivas, linguísticas, comportamentais e socioemocionais[34,35,37,38], muitas vezes em idade escolar, quando as exigências cognitivas e sociais aumentam[37].

Os fatores de risco para alterações no neurodesenvolvimento podem agrupar-se por *timing* de lesão, dividindo esses fatores em pré-natais, perinatais ou pós-natais[28]. Para além dos fatores biológicos inerentes à prematuridade, como idade gestacional, baixo peso ao nascer, complicações neonatais, o neurodesenvolvimento é influenciado por fatores contextuais, como nível socioeconómico, escolaridade parental, práticas educativas responsivas e afetivas, envolvimento parental e aleitamento

materno[34,37,38,40,41]. O ambiente de cuidados, as práticas profissionais e a qualidade das interações familiares evidenciam-se como determinantes adicionais[34,35,42,43,44].

A importância relativa dos fatores de riscos/proteção varia com a idade gestacional, ou seja, quanto menor, maior o peso dos fatores biológicos, à medida que aumenta, os fatores ambientais assumem relevância protetora, destacando-se, nos RNP tardios, o efeito protetor do aleitamento materno prolongado[37,38,45].

Face ao exposto é fundamental atender às necessidades específicas desta população, não apenas nos primeiros dias de vida, mas também após o período neonatal, requerendo acompanhamento multidisciplinar a médio e longo prazo[46]. A vigilância sistemática do desenvolvimento, com recurso a ferramentas adequadas e o apoio biopsicossocial atempado às famílias é essencial para reduzir reinternamentos e otimizar o crescimento e o desenvolvimento[34,45,46].

II.1.2 Cuidados Centrados no Desenvolvimento

A imaturidade neurofisiológica do RNP traduz-se numa maior suscetibilidade aos estímulos do ambiente. O ambiente extrauterino comporta múltiplos estímulos que o RNP não está apto a processar, percecionando-os como hiperestimulação. Neste sentido impõe-se a necessidade de estratégias neuroprotetoras que forneçam estímulos adequados à continuação do desenvolvimento harmonioso[31].

A literatura analisada evidencia diferentes referenciais que sustentam cuidados centrados no desenvolvimento, nomeadamente a Teoria Sinativa do Desenvolvimento, o Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal e o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), que convergem na individualização dos cuidados, neuroproteção e envolvimento parental[43,47,48.]

Entre estes, destaca-se o NIDCAP, desenvolvido por Heidelise Als, fundamentado na Teoria Sinativa do Desenvolvimento, assenta na interação dinâmica entre sistemas fisiológicos e comportamentais do RN. Baseia-se na observação individualizada e sistemática dos sinais comportamentais do RN para adequar o ambiente e as intervenções, promovendo estabilidade fisiológica, autorregulação e envolvimento parental. Valoriza a redução de estímulos nocivos como luz, ruído, proteção do sono, posicionamento adequado, controlo da dor e do *stress*, otimização da nutrição, proteção cutânea, estimulação sensorial positiva e valorização da família como parceira no cuidado[47,48,49].

Apesar do papel central dos profissionais de enfermagem na aplicação destes cuidados, persistem lacunas formativas e de sistematização e disseminação destas práticas. Programas de capacitação para profissionais demonstram ganhos em

conhecimento e competência, condição essencial para a implementação consistente destes cuidados[47]. Neste âmbito, o NIDCAP, para além de constituir uma filosofia de cuidados, é também a base conceptual do programa formativo *Family and Infant Neurodevelopmental Education* (FINE), que tem ganho relevância na capacitação dos profissionais de saúde, favorecendo práticas consistentes de suporte ao desenvolvimento e favorecendo simultaneamente o envolvimento e a capacitação parental[50,51].

II.2. Família

A família, enquanto unidade social primária de cuidado da criança, exerce influência no seu crescimento e desenvolvimento ao proporcionar um ambiente seguro, afetuoso e de interação positiva e satisfazer as necessidades básicas[15,52].

O nascimento de uma criança exige uma adaptação e reestruturação dos papéis familiares, constituindo numa transição desenvolvimento que remete para o conceito de parentalidade[52,53]. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é definida como o assumir das responsabilidades parentais, integrando a criança na família e otimizando o crescimento e desenvolvimento, em consonância com expectativas sociais e culturais[26]. É um processo adaptativo, iniciado na conceção e que se prolonga ao longo do desenvolvimento e crescimento da criança, exigindo a construção de um papel parental ativo e positivo[52,53]. A parentalidade está intimamente ligada à vinculação, definida pela CIPE, como ligação afetiva entre pais-criança, mediada por interações afetivas e responsivas[26], constituindo um fator protetor para a saúde mental e desenvolvimento emocional e cognitivo da criança[50].

II.2.1. Vinculação e Parentalidade comprometida

A prematuridade e outras condições de risco para o RN podem comprometer o processo de vinculação e parentalidade, configurando uma situação de crise familiar com impacto físico, emocional e relacional, repercutindo-se na relação com a criança, nas funções parentais e no desenvolvimento do RN[13,34,41,42,44,55,56]. O nascimento prematuro representa não apenas um risco individual, mas também um evento stressante para todo o sistema familiar, exigindo atenção às suas necessidades e vulnerabilidades[31,57].

A evidência demonstra que o suporte psicossocial, a autoimagem materna positiva e a participação nos cuidados favorecem o vínculo mãe-bebé[57]. De igual modo, um estudo, baseado na teoria dos sistemas familiares, demonstra que a interações triádicas (mãe-pai-bebé) de qualidade associam-se a melhores resultados cognitivos e

socioemocionais[42], evidenciando-se a necessidade de apoio não apenas à díade mãe-bebé, mas à totalidade da rede familiar.

A transição dos cuidados do hospital para o domicílio é potencialmente stressante para a família, marcado por expectativas e incertezas. A literatura evidencia sentimentos ambivalentes, destacando-se ansiedade e insegurança no desempenho dos seus papéis parentais[58,59].

Mesmo após a adaptação a esta transição, persistem preocupações constantes com o crescimento e desenvolvimento da criança e ansiedade perante a possibilidade de complicações futuras, recorrendo frequentemente a redes sociais e plataformas digitais para obter informação[56]. Estas preocupações prolongam-se até à adolescência, evoluindo de questões motoras para aspetos relacionados com a linguagem, cognição e comportamento em idades mais avançadas. Tal evidencia não apenas as vulnerabilidades da criança nascida prematura, mas também a necessidade de programas educativos acessíveis e adaptados às preocupações das famílias, apoio emocional e acompanhamento contínuo, eventualmente complementados com a utilização de tecnologias digitais para ampliar o alcance das intervenções[56,60].

II.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Face à premissa da família ser uma presença constante na vida da criança e à necessidade de programas educativos adaptados, a capacitação, conceito basilar dos cuidados centrados na família, constitui uma estratégia fundamental de promoção da saúde. A promoção da saúde procura otimizar o estado de saúde, capacitando para uma maior autonomia na adoção de escolhas e estilos de vida saudáveis[19,61].

No contexto da saúde infantil, o enfermeiro desempenha um papel central ao capacitar as famílias, mediante a disponibilização de meios, oportunidades e recursos humanos e materiais, criando oportunidades para estas revelem as competências que já possuem, adquiram conhecimentos, novas habilidades e confiança para responder às necessidades da criança e da própria família[1,19,61].

No âmbito da intervenção do EEESIP, reconhece a família como cuidadora primária e parceira, apoiando-a na conquista de confiança e independência, pelo que a capacitação parental, como um processo estruturado e contínuo que permite à família exercer, de forma autónoma, segura e positiva o seu papel, constitui foco de intervenção[15,19,61]. A educação para a saúde assume-se como uma das atividades nucleares da capacitação, ao permitir partilha de saberes, dúvidas e expectativas, fortalecendo a confiança parental[61,62]. E evidencia-se, ainda, que intervenções precoces

centradas na família, iniciadas no contexto hospitalar e mantidas nos primeiros três anos de vida, estão associadas a melhorias significativas em cognição e motricidade, reforçando o valor da capacitação parental estruturada e continuada[63].

No contexto neonatal, e em particular no caso do RNP, programas de intervenção precoce com participação ativa dos pais demonstram ganhos significativos no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças e maior autoconfiança e redução do *stress* parental[63]. No seguimento, programas de intervenção que integram práticas educativas e *empowerment* parental favorecem simultaneamente o neurodesenvolvimento e a adaptação familiar[41]. Ainda, um estudo longitudinal demonstra que intervenções centradas na família e iniciadas precocemente contribuem para melhores resultados psicomotores aos 24 meses em crianças pré-termo[56].

Assim, pelas suas competências científicas, técnicas e relacionais, o EEESIP assume um papel central no cuidado ao RN/família, especialmente em situações de maior complexidade[3]. No planeamento dos cuidados, deve atender à individualidade da díade, detetar precocemente alterações do desenvolvimento, promover a vinculação, o desenvolvimento e a parentalidade e capacitar a família com o conhecimento e a confiança para o exercício do papel parental[15,22].

A sua intervenção acompanha a trajetória desde a admissão numa neonatologia até ao acompanhamento e integração na comunidade, garantindo continuidade de cuidados, conforme evidenciado pela OMS, pelos *Standards* Europeus de Cuidados de ao RN e orientações nacionais[14,18,64].

De referir ainda que, em contextos de vulnerabilidade social, o apoio do enfermeiro assume particular relevância para compensar fatores de risco e promover práticas parentais responsivas[38,63]. Nestes contextos, a literatura evidencia uma maior prevalência de alterações cognitivas, motoras e de linguagem, frequentemente identificáveis entre os 4 e os 8 meses, o que reforça a necessidade de deteção precoce e de intervenções atempadas, bem como da promoção de práticas parentais responsivas enquanto fator protetor[37,38].

O EEESIP desempenha um papel essencial na promoção e adoção de cuidados centrados no desenvolvimento, no planeamento adequada da alta e no acompanhamento a longo prazo, respeitando as necessidades individuais da díade e favorecendo famílias mais confiantes, crianças mais saudáveis e, em última instância, contribuindo para uma sociedade com maior qualidade de vida[15,64].

II.3.1 Referenciais teóricos orientadores

A prática do EEESIP é orientada por referenciais teóricos que sustentam uma visão integrada, participativa e centrada na família e no desenvolvimento. Para além da valorização de modelos de cuidados centrados no desenvolvimento, destaca-se a Teoria das Transições (Afaf Meleis)[25] como eixo central, complementada pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família (Wright & Leahey)[19,23,65] e pelo Modelo de Parceria de Cuidados (Anne Casey)[19,24].

- **Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey**

Anne Casey propõe um modelo de cuidados em que o processo de enfermagem é realizado em parceria com a criança e a família, sustentado na negociação e no respeito pelos seus desejos. Centra-se no princípio de que os pais são os principais cuidadores da criança e, por isso, devem ser envolvidos ativamente no processo de cuidado em contexto hospitalar, podendo ser apoiados e capacitados para prestar cuidados, sob supervisão e orientação dos profissionais, promovendo uma relação de colaboração, comunicação e respeito mútuo[24,66,67]. O nível de participação deve ser definido em função do plano de enfermagem e dos objetivos terapêuticos, alcançando os resultados estabelecidos e garantindo segurança e qualidade[24].

- **Filosofia de Cuidados Centrados na Família de Wright e Leahey**

A filosofia dos Cuidados Centrados na Família, amplamente difundido por Wright & Leahey, constitui hoje um padrão de excelência em saúde pediátrica, reconhecendo a família como parte integrante do processo de cuidar e como os principais cuidadores, capacitando-os para dar resposta às alterações resultantes do desenvolvimento ou da situação saúde/doença[66,67,69].

Este modelo assenta em princípios que devem ser compreendidos e aplicados pelos enfermeiros na prática clínica. Implica reconhecer a família como presença essencial na vida da criança e facilitar a cooperação entre pais e profissionais em todos os níveis de cuidados. Requer o respeito pela diversidade racial, étnica, cultural e socioeconómica, bem como o reconhecimento da individualidade e capacidades de cada família. Integra a partilha completa de informação, a identificação de necessidades de suporte familiar e comunitário e a sua disponibilização. Pressupõe igualmente a adoção de políticas e práticas que assegurem apoio emocional e financeiro, a adequação dos cuidados às necessidades de desenvolvimento da criança e da família e o planeamento de cuidados individualizados, culturalmente competentes e ajustados às especificidades de cada núcleo familiar[66]. O *Institute for Patient and Family-Centered Care* reforça estes

princípios, associando-lhes quatro conceitos-chave: dignidade e respeito, partilha de informação, participação ativa e cooperação[23,67].

A evidência demonstra benefícios na aplicação desta filosofia para a criança, para a família, para os profissionais de saúde e até para as organizações de saúde, nomeadamente maior estabilidade emocional da criança, redução do tempo de internamento, reforço do papel parental, redução da ansiedade e maior satisfação parental com os cuidados prestados[23,66,67,69,70].

- **Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis**

A Teoria das Transições**,** desenvolvida por Afaf Meleis, constitui uma teoria de médio alcance que procura compreender os processos de mudança vivenciados pelos indivíduos, famílias, grupos e organizações, defendendo que a enfermagem, enquanto disciplina e profissão, tem um papel privilegiado na facilitação das transições[25].

A transição é definida como um processo de passagem de um estado relativamente estável para outro, entendida como um processo dinâmico, desencadeado por eventos críticos ou mudanças previsíveis/imprevistas, individuais ou contextuais. Inicia-se com a antecipação da mudança e prolonga-se até que o indivíduo ou grupo atinja uma nova condição de equilíbrio. É entendida como essencialmente positiva, pois, quando concluída, neutraliza o potencial de rutura do período pré-transicional e devolve maior estabilidade, ainda que com ganhos e perdas simultâneos[25].

Meleis identifica quatro categorias de transição: **Desenvolvimento**, associada ao ciclo vital (adolescência, parentalidade, envelhecimento); **Situacional**, relacionada com acontecimentos de vida (mudanças educacionais e profissionais, casamento, imigração, morte de um ente querido, alta hospitalar); **Saúde-doença** que inclui o diagnóstico de doença, hospitalização, reabilitação, adaptação a doença cónica, transição entre níveis de cuidados e **Organizacional**, que diz respeito a mudanças em instituições ou sistemas, como alterações de liderança, políticas, dinâmicas profissionais[25].

Estas transições partilham características comuns, como fases sequenciais que se desenvolvem ao longo do tempo - **processo**; têm início, evolução e fim, embora a duração varie - **tempo**; estão sujeitas ao significado atribuído pelo sujeito - **perceção**; geram sentimentos de perda de referências e ameaça à identidade - **desconexão** e manifestam-se em comportamentos e reações emocionais, que podem incluir desorientação, angústia, mas também euforia, resiliência e desenvolvimento de competências - **padrões de resposta**[25].

Um conceito central da teoria é o **papel social** (*role*). As transições implicam, frequentemente, mudanças de papéis, exigindo a redefinição de expectativas, conhecimentos e competências. Quando o indivíduo experimenta dificuldades na

perceção e/ou desempenho do novo papel, surge a **insuficiência de papel** *(role insufficiency)*, resultante de incongruências entre expectativas ou défices de conhecimento, manifestando-se com sentimentos de ansiedade, frustração, apatia ou mesmo hostilidade[25].

Para prevenir ou mitigar estas situações, Meleis desenvolveu o conceito de **suplementação de papel** (*role supplementation*), que consiste em intervenções de enfermagem preventivas e terapêuticas. A suplementação de papel operacionaliza-se em duas componentes fundamentais: na clarificação de papel e na assunção de papéis[25]. A suplementação pode ser preventiva, quando ocorre antes/na antecipação da mudança, ou terapêutica, quando a insuficiência já é manifestada. Quanto mais precoce ocorrer a suplementação preventiva de papel, menor a probabilidade de insuficiência de papel se instalar. Assim, níveis mínimos de insuficiência ocorrem quando a suplementação preventiva e a terapêutica são oferecidas precocemente e de forma contínua no processo transicional[25].

O sucesso das transições é moldado por condições pessoais, comunitárias e sociais. Entre as pessoais, contam os significados atribuídos, as crenças culturais, o estatuto socioeconómico, a preparação e o conhecimento disponíveis. Entre as comunitárias e sociais destacam-se os recursos e apoios familiares e comunitários, a qualidade da comunicação com profissionais, o ambiente organizacional e as políticas institucionais[25].

A avaliação faz-se através de indicadores de transições que se articulam em dois planos: indicadores de processo e indicadores de resultado. No processo, interessa observar se a pessoa se sente ligada e situada, se interage, se desenvolve confiança e estratégias de *coping* ao longo do tempo. Nos resultados, destacam-se sinais de bem-estar subjetivo (substituição de angústia por bem-estar, gestão emocional, dignidade, integridade pessoal, satisfação com os papéis e qualidade de vida); de mestria de papéis (integração satisfatória do novo papel na sua identidade e vida quotidiana, com competências cognitivas, psicomotoras e emocionais) e de bem-estar das relações (adaptação/integração familiar, maior proximidade e interações gratificantes, integração em redes sociais e comunitárias)[25].

Em termos de implicações para a prática de enfermagem, a Teoria das Transições constitui um quadro conceptual que permite compreender as transições como fenómeno processual, com fases, significados e condições, interessando particularmente as transições associadas a comportamentos de saúde e com necessidades de cuidado. Compete ao enfermeiro identificar precocemente quem está em transição, mapear riscos e recursos, planear em conjunto; intervir preventivamente sempre que possível,

através de apoio antecipatório; intervir terapeuticamente quando necessário e reavaliar os indicadores de forma sistemática[25].

A sua pertinência no âmbito da temática do projeto advém do facto de o RN e a sua família poderem vivenciar múltiplas transições simultâneas e interdependentes. No caso do RN de alto risco, destacam-se transições de saúde/doença, resultantes da hospitalização em UCN e da subsequente alta e/ou a necessidade de hospitalização durante o período neonatal, frequentemente associada a fragilidades e necessidades específicas. Estas transições sobrepõem-se a uma transição de desenvolvimento, dado que os pais assumem um novo papel parental em circunstâncias inesperadas e de maior vulnerabilidade. Por sua vez, a transferência intra/inter-hospitalar ou a alta para a comunidade representam transições situacionais, nas quais a família precisa de reorganizar rotinas, papéis e expectativas. Assim, o foco deve estar não apenas na resolução de problemas imediatos, mas também na promoção da mestria de papel. Na alta, por exemplo, isto traduz-se em preparar para as mudanças, treinar competências de cuidado, garantir redes de apoio e a continuidade dos cuidados entre níveis de cuidados[25,58,59].

Face a estes desafios, a intervenção do EEESIP, fundamentada na Teoria das Transições, centra-se em facilitar estas transições, apoiando as famílias, proporcionando-lhes as ferramentas necessárias para compreender e gerir as complexidades das transições. Operacionaliza-se ao realizar uma suplementação de papéis, capacitando os pais para desempenharem, com segurança e confiança, o seu novo papel, clarificando papéis, com recurso a ensino estruturado e treino de competências parentais e assumindo papéis, com participação ativa nos cuidados e reforço positivo. A avaliação do processo de transição faz-se pela observação de indicadores de processo, como por exemplo, interação positiva com os profissionais, aumento da confiança parental, adoção gradual de competências no cuidado, e de resultado pelo bem-estar subjetivo da família, mestria de papéis parentais, reforço das relações familiares, segurança e autonomia no cuidado ao RN.

Assim, a teoria de Meleis oferece um quadro conceptual robusto que orienta a prática do EEESIP no apoio à díade, permitindo transformar momentos de vulnerabilidade em oportunidades de crescimento.

III. Percurso desenvolvido para aquisição de competências especializadas e de mestre

O presente capítulo apresenta uma análise reflexiva e crítica do percurso formativo desenvolvido nas UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II, realizado em quatro contextos distintos de cuidados pediátricos: Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica, Neonatologia e Cuidados na Comunidade.

A escolha de contextos inseridos na mesma Unidade Local de Saúde (ULS) permitiu compreender o funcionamento dos diferentes níveis de cuidados pediátricos e a sua articulação, revelando-se particularmente pertinente para acompanhar o percurso do RN e da sua família nos diferentes contextos, particularmente do RN de alto risco.

Durante o Módulo I, que decorreu entre 14 de novembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, procedeu-se à caracterização dos contextos de estágio e à realização do diagnóstico de situação, que sustentou a elaboração de um plano de projeto com definição de objetivos, atividades, recursos e critérios de avaliação. Já durante o Módulo II, que decorreu entre 24 de fevereiro e 18 de julho de 2025, implementou-se o plano delineado, com concretização das atividades propostas e monitorização dos resultados obtidos, num processo dinâmico de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Este capítulo organiza-se por contexto de estágio, evidenciando a especificidade e relevância de cada um para a consolidação das competências especializadas e de mestre. Em cada subcapítulo apresenta-se a caracterização, o diagnóstico de situação, a definição e execução do plano de projeto, a descrição das atividades implementadas, a análise crítica dos resultados e a articulação com as competências.

A intervenção teve como eixo central a promoção do desenvolvimento do RN, com ênfase no RNP, ajustada às necessidades identificadas em cada contexto. Paralelamente, procurou-se garantir a aquisição de competências, orientadas para os diferentes domínios definidos pela OE. Neste sentido, foram definidos dois objetivos gerais orientadores do percurso formativo:

1) Desenvolver competências comuns, específicas do EEESIP e de mestre no exercício profissional à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde/doença, nos diferentes contextos de cuidados pediátricos.

2) Desenvolver competências específicas do EEESIP no âmbito da promoção do desenvolvimento do RN, com ênfase no RNP, nos diferentes contextos de cuidados pediátricos.

III.1 Objetivos específicos transversais

Inicialmente foram definidos objetivos específicos transversais, estruturantes para o percurso formativo em todos os contextos de estágio, que a seguir se descrevem e analisam. Estes objetivos, definidos previamente ao início do Módulo I, foram operacionalizados através de atividades planificadas num cronograma (Apêndice B).

1) Conhecer a equipa multidisciplinar e a dinâmica organizacional e funcional

Este objetivo teve subjacente o reconhecimento de que a compreensão sistematizada da estrutura e funcionamento de cada contexto de estágio constituía uma base sólida para adequar o plano de projeto e prestar cuidados especializados eficazes e seguros. Para tal, realizaram-se reuniões com Enfermeiros Gestores (EG) e Enfermeiros Supervisores Clínicos (ESC), visitas às instalações, apresentação inicial às equipas, observações dirigidas à compreensão da dinâmica organizacional e funcional e consulta de documentos normativos da prática, em particular os relacionados com os cuidados ao RN e família.

Estas atividades, desenvolvidas nos primeiros dias de estágio e orientadas por um guião de apoio à recolha de informação (Apêndice C), permitiram realizar uma caracterização de cada contexto, contemplando organização física, composição das equipas e cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Apêndice D).

A concretização deste objetivo sustentou a estratégia metodológica adotada para a elaboração do diagnóstico de situação e a definição do plano de projeto ajustado às necessidades identificadas, em articulação com o segundo objetivo transversal.

2) Elaborar um plano de intervenção/projeto adequado ao diagnóstico

Este objetivo incluiu a apresentação da temática e discussão do pré-projeto em reuniões com EG e ESC, a identificação das principais necessidades das equipas de enfermagem no cuidado ao RN/família, com recurso a entrevistas com os diferentes elementos da equipa de enfermagem e a observação e reflexão crítica, individual e com Enfermeiros Supervisores Clínicos, das práticas e dos registos de enfermagem e das informações obtidas junto da díade. Complementarmente, aplicaram-se formulários online, às equipas de enfermagem, para aprofundar a perceção sobre as necessidades.

Com base na análise dos dados obtidos e nos pareceres dos ESC, EG e Enfermeiros Supervisores Pedagógicos (ESP), reestruturou-se o plano de projeto (Apêndice E), culminando na elaboração com respetiva validação de um cronograma para o Módulo II (Apêndice F). A descrição detalhada da metodologia adotada, bem como as necessidades identificadas e respetivas adaptações, são apresentadas em detalhe nos respetivos contextos.

As atividades desenvolvidas no âmbito destes dois objetivos potenciaram a integração, a adaptação e a capacidade de análise crítica, possibilitando sistematizar cuidados ao RN/família, priorizar áreas de formação e construir planos de projeto pertinentes e orientados para resultados.

Do ponto de vista formativo, promoveram o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), nomeadamente dos domínios da **responsabilidade profissional, ética e legal**[71], evidenciado no respeito por princípios deontológicos e éticos da profissão e pelos direitos da criança, assegurando a confidencialidade da informação adquirida (A1.1; A2.1); da **melhoria contínua da qualidade**[71], através da análise crítica das práticas de cuidados (B2.1), identificando oportunidades de melhoria (B2.2), planeando estratégias de intervenção e desenvolvendo um plano orientado para ganhos em saúde (B2.3); da **gestão dos cuidados**[71], refletida na identificação dos papéis e funções dos diferentes elementos das equipas, na compreensão dos métodos de organização do trabalho e na articulação com as equipas e coordenação da proposta de intervenção, contribuindo com respostas integradas e organizadas às necessidades de cada contexto (C1.1; C2.1), e por fim, o do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**[71], evidenciado na capacidade de adaptação aos contextos, potenciando o autoconhecimento enquanto profissional e reconhecendo limites pessoais enquanto estudando, e na reflexão crítica sobre as práticas de cuidados (D1.1) identificando necessidades formativas, integrando evidência científica no planeamento das atividades (D2.1, D2.2).

Esta etapa foi igualmente estruturante para a aquisição de competências de mestre[72], adotando rigor metodológico na elaboração dos diagnósticos e pela análise crítica e fundamentação científica das intervenções propostas. O envolvimento na elaboração do plano de projeto fomentou ainda liderança, colaboração e tomada de decisão fundamentada, essenciais ao exercício autónomo e responsável da prática avançada de enfermagem[73].

3) Adquirir e/ou aprofundar conhecimento especializado e atual em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A definição deste objetivo teve subjacente a necessidade da consolidação de uma prática baseada em evidência, enriquecimento o saber teórico e a sua aplicação na prática de cuidados. A sua concretização foi potenciada pela componente teórica do curso, através da qual foram adquiridas competências de pesquisa, análise e seleção da melhor evidência científica.

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre inteligência cultural nos cuidados de enfermagem a crianças/jovens e famílias imigrantes, cuja submissão a

revista científica está prevista, apresentando-se o respetivo resumo em Apêndice G. Com a sua elaboração clarificou-se o conceito de inteligência cultural e a sua relevância para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e sua família. A análise evidenciou que a inteligência cultural, nas suas dimensões metacognitiva, cognitiva, motivacional e comportamental[74,75], constitui um recurso essencial nos cuidados de enfermagem, com ganhos significativos para a criança/jovem e sua família imigrantes.

A pertinência desta temática enquadra-se na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que explica as múltiplas mudanças vividas pelas famílias imigrantes[25], e na Teoria da Multiculturalidade de Madeleine Leininger, que enfatiza a necessidade de cuidados culturalmente congruentes[76]. A articulação de ambas as teorias, evidencia que o EEESIP deve reconhecer as vulnerabilidades acrescidas das famílias imigrantes e os processos adaptativos envolvidos e ajustar intencionalmente as intervenções.

Nos diferentes contextos de estágio, a diversidade cultural foi uma constante, exigindo competências para adequar as intervenções às especificidades de cada criança/família. Esta realidade evidenciou que a inteligência cultural, integrada numa prática de enfermagem especializada e apoiada nestes referenciais teóricos, é determinante para garantir a equidade, continuidade e qualidade dos cuidados, contribuindo para transições saudáveis.

No âmbito da temática central do plano de projeto, observou-se que famílias imigrantes com RN de alto risco enfrentam transições mais complexas, o que reforça a importância da adoção da inteligência cultural na prática de cuidados. Identificou-se ainda que a prestação de cuidados a famílias imigrantes constitui um desafio acrescido. Embora os estudos incluídos não incidissem especificamente sobre o RN, a sua totalidade abrangia a população pediátrica e ofereceram contributos relevantes para o planeamento de cuidados em contextos de diversidade cultural.

O desenvolvimento profissional contínuo através da atualização de conhecimentos assumiu um papel central, com pesquisas em bases de dados, privilegiando evidência disponível referente aos últimos cinco anos e consulta de documentos orientadores e normativos da prática profissional de enfermagem, com destaque para as orientações da DGS e da OE. Tal foi fundamental para alicerçar a análise crítica das práticas, para a concretização das atividades delineadas no plano de projeto, implementando intervenções fundamentadas e para transferir o conhecimento científico para a prática.

Em complementaridade à prestação de cuidados e ao desenvolvimento do plano de projeto, participei em 12 eventos científicos e dois cursos de formação centrados no cuidado pediátrico e em temáticas emergentes, alguns diretamente relacionados com a temática major e com a revisão sistemática da literatura. Destacam-se as participações em eventos científicos como autora/co-autora de trabalhos científicos sob a forma de comunicações de e-posters, resultantes de investigação desenvolvidas:

- 2.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança: “Num Mundo em Mudança: Desafios para a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, com o e-poster intitulado "Cuidar do sono do recém-nascido prematuro: o desafio para um desenvolvimento saudável" (Anexo A);
- IX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, com o e-poster "A Esperança Parental em Neonatologia: Intervenções Promotoras de Um Cuidado Humanizado" (Anexo B);
- II Seminário Internacional de Mestrados em Enfermagem da ESSCVP – Lisboa, com o e-poster "Protocolo de Revisão Sistemática da Literatura: Inteligência cultural dos enfermeiros nos cuidados às crianças/jovens e famílias imigrantes" (Anexo C).

A frequência no nível I curso *Family and Infant Neurodevelopmental Education – FINE I* (Anexo D) consolidou conhecimentos e competências na avaliação, planeamento e implementação de intervenções promotoras do neurodesenvolvimento. Este programa assenta em três princípios: cuidados sensíveis protegem o cérebro; o envolvimento da família favorece o desenvolvimento do RN e os cuidados individualizados dão voz ao RN[51]. Paralelamente, a participação no Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátricos (Anexo E) permitiu aprofundar competências para uma abordagem holística e humanizada no cuidado à criança/jovem e sua família em cuidados paliativos, situação reconhecida de especial complexidade clínica e emocional.

Estas atividades complementares reforçaram o compromisso com uma prática especializada, reflexiva e crítica, sustentada na evidência científica, essencial para a tomada de decisão responsável. Simultaneamente, fomentaram o envolvimento na disseminação do conhecimento e na partilha entre pares, reconhecendo o papel do EEESIP na atualização do saber em enfermagem. Potenciaram uma visão crítica sobre os desafios emergentes nos cuidados pediátricos, como a crescente diversidade cultural, o aumento de doenças crónicas e a necessidade de assegurar transições seguras entre os diferentes níveis de cuidados.

Do ponto de vista formativo, traduziram-se no desenvolvimento de competências comuns do EE, destacando-se o domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**[71]. Manifestou-se essencialmente através da atualização e partilha de conhecimentos com as equipas (D2.1), da integração sistemática da evidência na prática de cuidados (D2.2) e do contributo para a definição, implementação e melhoria de padrões e procedimentos (D2.3). Reforçaram ainda o desenvolvimento de competências de mestre[72], traduzidas no compromisso com a inovação, a investigação

e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde infantil e pediátrica, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento da disciplina.

4) Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN/criança/jovem e sua família nos diferentes contextos

O planeamento deste objetivo específico advém da necessidade de assegurar cuidados de enfermagem especializados nos diferentes contextos. A prática decorreu numa lógica progressiva, de observação participada para intervenção progressivamente autónoma, sob orientação e supervisão dos ESC, participando numa ampla diversidade de situações, potenciando oportunidades formativas e abrangendo todas as faixas etárias pediátricas e diferentes processos de transição.

Sustentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis[25], identificaram-se transições de desenvolvimento, inerentes ao crescimento e às etapas desenvolvimento infantil; de saúde/doença, associadas à necessidade de hospitalização por doença aguda ou agudização de doenças crónica, à alta hospitalar e à adaptação a condições de saúde crónicas; situacionais, essencialmente decorrentes da alteração de papéis parentais e relacionadas com a transferências entre serviços ou níveis de cuidados. Estas exigiram suplementação de papéis preventiva ou terapêutica, considerando fatores facilitadores/inibidores e indicadores de transição.

Considerando o enquadramento do Modelo de Parceria de Cuidados[24], a prática foi desenvolvida em estreita colaboração com a família, reconhecendo-a como parceira no cuidado à criança. Esta parceria baseou-se na negociação e no respeito pelas suas decisões, assegurando o seu papel central na prestação dos cuidados habituais, preservando o vínculo afetivo e alcançando objetivos terapêuticos. A prática integrou igualmente os princípios dos Cuidados Centrados na Família[23], considerando competências, conhecimentos, valores, crenças e contexto cultural da criança e família. Promoveu-se a partilha de informação honesta e adaptada à sua compreensão, a definição de objetivos comuns, a participação ativa da criança e da família nos cuidados e na tomada de decisão e a cooperação contínua entre família, equipa de enfermagem e demais profissionais de saúde.

Em articulação, aplicaram-se os princípios dos Cuidados Atraumáticos[19,77], com o objetivo de reduzir o impacto físico e emocional das intervenções potencialmente dolorosas na criança e na família. Para tal, adaptou-se o ambiente, recorreu-se a técnicas de distração e conforto, realizou-se a preparação para procedimentos e assegurou-se a presença e envolvimento da família sempre que possível. Estas estratégias contribuíram para minimizar o *stress*, a ansiedade e a perceção de dor, promovendo experiências de cuidado positivas e reforçando a confiança da díade.

A prática foi acompanhada de reflexões críticas contínuas com os ESC e com os elementos das equipas, contribuindo para o desenvolvimento de competências relacionais, de comunicação e de pensamento crítico.

O percurso realizado ao longo dos diferentes contextos proporcionou uma visão integrada dos cuidados pediátricos e a diversidade de experiências permitiu a aquisição de competências especializadas para além daquelas diretamente relacionadas com a temática central do projeto. Quanto às competências específicas do EEESIP, a especificidade de cada contexto contribuiu, de forma diferenciada, mas complementar, para as três competências: "**assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"**[22, p.19192]; **"cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"**[22, p.19192] e **"presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo e de vida e desenvolvimento da criança e do jovem"**[22, p.19192].

No que respeita às competências do EE, todas as competências do domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**[71] foram mobilizadas, ao sustentar a prática de cuidados nos princípios éticos e deontológicos, descritos no regulamento do exercício profissional e no Código Deontológico dos Enfermeiros[78,79], bem como no respeito pelas necessidades individuais e direitos da criança, conforme as Cartas da Criança Hospitalizada e da Criança[80] nos Cuidados de Saúde Primários[81]. A tomada de decisão foi desenvolvida de forma colaborativa, através de reflexões com os ESC, as equipas de enfermagem e as crianças/jovens e suas famílias, permitindo a elaboração e concretização de planos de cuidados individualizados (A1, A2). No domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade**[71], a prática foi orientada para a otimização de um ambiente terapêutico, seguro e humanizado, assegurando respostas adequadas às necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais da criança/família. Paralelamente, foram adotadas estratégias de gestão do risco, nomeadamente através de administração segura de terapêutica e na transmissão de orientações de boas práticas de prevenção e controlo de infeção em todos os contextos, potenciadas pela experiência enquanto membro dinamizador do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (B3.1; B3.2).

A mobilização simultânea destes domínios consolidou as competências de mestre[72], traduzidas na capacidade de integrar conhecimento científico, técnico e ético com julgamento clínico, garantindo práticas fundamentadas, seguras e centradas na criança, no jovem e na família. O desempenho técnico, científico, relacional e ético foi alvo de avaliação contínua, tendo obtido apreciação excelente pelos ESC nos diferentes momentos de reflexão e nas avaliações formais. Esta avaliação confirma a progressiva consolidação das competências inerentes à prática avançada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

III.2. Contexto hospitalar

Os três contextos hospitalares do estágio, que inclui Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Neonatologia, integrados no mesmo Departamento de Pediatria, decorreram numa unidade hospitalar da área metropolitana de Lisboa, integrado numa ULS que abrange a área geográfica de dois concelhos.

III.2.1. Internamento de Pediatria

Nos períodos compreendidos entre 14 de novembro a 1 de dezembro de 2024 e entre 24 de fevereiro a 30 de março de 2025, o estágio correspondente aos módulos I e II respetivamente, decorreu no contexto de Internamento de Pediatria.

III.2.1.1. Contextualização

O Internamento de Pediatria destina-se a crianças e jovens dos zero e os 17 anos e 364 dias que necessitam de cuidados hospitalares médico-cirúrgicos decorrentes de doença aguda ou crónica.

Dispõe de nove quartos, com capacidade para 14 camas/berços, de espaços de apoio à prática de cuidados e, ainda, por áreas que visam atender à especificidade da hospitalização pediátrica. É assim dotado de infraestruturas que visam reduzir os *stressores* decorrentes da hospitalização, com impacto na sua recuperação e no desenvolvimento da criança/jovem, destacando-se a sala de estar com vista à promoção da permanência da família e adequada à faixa etária do adolescente, e a sala de atividades, equipada com brinquedos e livros adequados às diferentes faixas etárias.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras, enfermeiros generalistas e especialistas, educadora de infância, técnicos de auxiliar de saúde, assistente social, terapeutas da fala, fisioterapeutas, nutricionista, psicóloga. Pela importância que representa na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem foi realizada o cálculo das dotações seguras onde se constatou um défice de profissionais de enfermagem, tanto generalistas como EEESIP (Apêndice D).

A prática de cuidados adota como referencial a filosofia dos Cuidados Centrados na Família[65] reconhecendo a importância desta como fundamental no processo de hospitalização e garantindo os direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada e na legislação correspondente[80,82]. O método de trabalho combina a intervenção individual com o trabalho em equipa, valorizando a articulação entre diferentes áreas do saber[83,84]. A informação necessária à continuidade e segurança dos cuidados é sistematizada no processo de enfermagem eletrónico, desenvolvido em linguagem CIPE®, com recurso ao programa informático Soarian®.

III.2.1.2. Diagnóstico de situação

Para o diagnóstico de situação foi essencial compreender o percurso do RN neste contexto, centrando-se a análise no RN proveniente da UCERN, pela especificidade desta transição e necessidade de assegurar uniformização e continuidade de cuidados.

A transferência do RN da UCERN para o Internamento de Pediatria pressupõe uma continuidade de cuidados que permita ao RN/família a aquisição de competências/critérios para a alta[46,64]. Estas transferências, por vezes súbitas, sem que haja um período prévio de preparação da família, ocorrem em RN com estabilidade clínica, sendo a hospitalização justificada pela idade gestacional, necessidade de ganho ponderal, autonomia alimentar e/ou aquisição de competências parentais[46]. Com base na teoria das transições de Meleis[25], trata-se de uma transição situacional que implica não apenas uma mudança física, mas também uma reorganização das rotinas, papéis e expectativas familiares.

A equipa de enfermagem assume um papel central na transferência, criando pontes entre os serviços e garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados, através da transmissão oral de informação. A comunicação eficaz entre as equipas e a sensibilidade no acolhimento são evidenciados como fundamentais para minimizar o impacto emocional desta mudança, garantindo uma transição segura e acolhedora[85]. Assim, reconhece-se que a vulnerabilidade associada à transferência pode ser atenuada pela intervenção do enfermeiro orientada para informação clara, continuidade de cuidados e reforço das competências parentais.

Sendo a autonomia da família na prestação de cuidados ao RN um critério para a alta[46], os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção das competências e habilidades parentais. No âmbito das suas competências deve facilitar o regresso a casa, contribuindo para a satisfação, bem-estar, autonomia e qualidade de vida da díade[15,53,86], através da execução do planeamento de alta, devendo o mesmo iniciar-se precocemente e ser continuamente ajustado às necessidades identificadas[86].

Perante o disposto foram consultados os documentos institucionais de apoio à prática, nomeadamente os que abordavam os cuidados ao RN e o planeamento da alta e os instrumentos informativos de capacitação parental.

Durante o módulo I não foi possível contactar com RN/famílias provenientes da UCERN, por forma a uma observação e perceção das necessidades destes aquando da transferência intra-hospitalar, como tal, foi realizada uma reunião com o EG/EC e auscultada a equipa de enfermagem com o intuito de mapear o percurso do RN/família desde a transferência e admissão, até à alta e respetivo acompanhamento pós-alta.

Em complementaridade, e reconhecendo que a melhoria da qualidade implica a atualização contínua dos conhecimentos[15] identificou-se a existência de grupos de trabalho para realização de atividades, onde se inclui formações em serviço. Identificou-se um grupo de trabalho dedicado aos cuidados ao RN, tendo sido consultados os elementos constituintes por forma a compreender os objetivos estabelecidos e as necessidades percecionadas, reconhecendo-se o planeamento de alta como essencial.

Face ao exposto verificou-se a inexistência de um documento que sistematize as competências adquiridas no momento da transferência, a ausência de uniformização nos ensinos realizados, a ausência do foco de atenção parentalidade e vinculação nalguns planos de cuidados e a inexistência de registos consistentes relativos ao planeamento de alta.

Para complementar a análise e obter uma visão abrangente, foi ainda aplicado um formulário online de carácter anónimo, à equipa de enfermagem, com recurso ao *google forms* (Apêndice H). Pela dificuldade na obtenção de respostas revelou-se necessário adotar estratégias como o envio, pelo ESC, do link de acesso, através do email institucional, a afixação de um *Qr code* com o acesso ao formulário (Apêndice I) e o reforço da importância da colaboração durante as transmissões de informações. Obtiveram-se 14 respostas, correspondendo a 33% da equipa. Da análise efetuada (Apêndice J) destaca-se que 100% reconhece a importância de iniciar o planeamento de alta desde a admissão e identificaram como principais áreas de dificuldade/dúvidas parentais a nutrição (78,6%) e o sono e repouso (57,1%). Foram apontadas como estratégias prioritárias para a melhoria da capacitação parental a realização de sessões de formação para a equipa (85,7%), a elaboração de instrumentos informativos para a família (64,3%) e a criação de uma *check-list* para sistematização das competências adquiridas (85,7%). Confirmou-se a necessidade de uniformizar os cuidados dentro desta instituição no que diz respeito ao planeamento de alta e reforçar a capacitação parental para o cuidado ao RN, com especial atenção aos RN provenientes da UCERN, definindo-se como objetivo específico para este contexto:

1) **Promover a continuidade de cuidados e o planeamento de alta do RN proveniente da UCERN.**

III.2.1.3. Implementação do plano de projeto

O Módulo II decorreu num contexto de mudanças organizacionais, o que implicou adaptações, nomeadamente ao nível do ESC. A sua experiência prévia em neonatologia e a sua inclusão no grupo de trabalho dos cuidados ao RN, foi determinante para a

validação e aperfeiçoamento das atividades, assegurando a sua pertinência prática. Para a concretização do objetivo definido desenvolveram-se as seguintes atividades:

1) **Orientação técnica - Planeamento de Alta de Enfermagem do Recém-Nascido no Departamento de Pediatria** (Apêndice K).

Elaborado com base nos documentos orientadores da prática da instituição, da OE, recomendações nacionais e internacionais e complementada com evidência adquirida através de pesquisa livre em bases de dados científicas, estabelece linhas orientadoras que asseguram um planeamento atempado, estruturado e promotor da continuidade de cuidados, da segurança do RN e do suporte adequado à família. Apresentado informalmente, a pertinência e aplicabilidade do documento foram reconhecidas pela equipa de enfermagem como essencial para a uniformização das práticas, encontrando-se em fase de aprovação pelo EG, após apreciação positiva pelo ESP e ESC.

2) ***Checklist* de competências parentais adquiridas durante a hospitalização** (Apêndice L).

A *checklist* sistematiza áreas essenciais de capacitação parental identificadas na literatura como essenciais para o cuidado ao RN e foi elaborada com base nas orientações da OE, que evidenciam etapas progressivas no processo de capacitação, nomeadamente ensino, instrução, treino e validação[67].

Este instrumento foi apresentado individualmente à equipa, que valorizou a sua pertinência e operacionalidade, destacando-se a possibilidade de preenchimento digital partilhado, garantindo a fácil acessibilidade. Prevê-se a sua implementação tanto no internamento como na UCERN, uniformizando a avaliação e o registo.

3) **Instrumento informativo - Guia para pais - Preparar a alta do recém-nascido** (Apêncide M).

Este recurso de capacitação parental integra as principais áreas essenciais para a promoção de competências parentais para o cuidado ao RN. Foi elaborado com base nas informações já disponíveis nos documentos institucionais, que foram atualizadas e complementadas com base nas mais recentes orientações nacionais e internacionais, tendo sido realizada pesquisa dirigida a cada uma das áreas.

Este recurso foi concebido de forma a integrar a atual era digital, promover a sustentabilidade ambiental e reunir toda a informação essencial ao cuidado ao RN num único documento. Resultou num documento em formato físico, com as áreas identificadas, acedendo-se a conteúdos detalhados de cada uma, através de *Qr codes.*

Este instrumento, aprovado pelo ESP e ESC, foi particularmente valorizado pela equipa de enfermagem, pela sua ampla quantidade de conteúdos abordados, a clareza e aplicabilidade prática, funcionando simultaneamente como recurso educativo para as

famílias e como ferramenta de uniformização da transmissão de informação pela equipa. Pela sua extensão, foi apenas inicialmente elaborado em português, aguardando-se sugestões e aprovação pelo EG para posterior tradução para inglês e aplicação no contexto.

4) **Sessão de formação - Continuidade de cuidados e planeamento de alta do recém-nascido – Departamento de Pediatria** (Apêndice N)

Estruturada com recurso ao *Microsoft PowerPoint*® e com intuito de abranger os enfermeiros do Internamento de Pediatria e da UCERN, resultou numa revisão dos conceitos-chave relacionados com a admissão do RN na UCERN, a sua transferência intra-hospitalar e alta hospitalar, com ênfase nas etapas do planeamento de alta e nas áreas de capacitação parental. Apresentada informalmente a diferentes elementos da equipa, constituiu uma oportunidade de partilha de saberes e de reflexão sobre práticas. Paralelamente, para garantir a replicação futura da sessão foi construído um dossier físico e digital contendo todos os documentos de apoio elaborados.

Durante o estágio do módulo II foi possível acompanhar a transferências intra-hospitalar, sendo essa transição interpretada pelas famílias como um retrocesso ou um fator negativo, demonstrando receios e inseguranças, quando questionados sobre o que sentiam. O recurso à comunicação empática permitiu desmistificar esta perceção, reforçando que permitirá uma maior autonomia, mantendo apoio profissional.

A prestação de cuidados a três RN/família transferidos da UCERN possibilitou a aplicação da sistematização da evidência associada ao planeamento da alta, contribuindo para o processo de transição intra-hospitalar e para o domicílio. Permitiu identificar áreas de dúvidas no cuidado ao RN e intervir de forma direcionada, mobilizando tanto o instrumento informativo, como os conhecimentos adquiridos no processo da sua elaboração. Proporcionou-se conhecimento estruturado, reduzindo-se a carga emocional negativa associada à hospitalização e promovendo a sua autonomia na prestação de cuidados ao RN. Às famílias às quais foi entregue o guia reconheceram-no como um recurso apelativo, com linguagem acessível e útil também após a alta. Este instrumento identificou-se como facilitador de transições saudáveis ao promover a literacia parental, reforçar o envolvimento e autonomia da família no cuidado ao RN e consequentemente reduzir a ansiedade associada à alta.

As áreas com maior frequência de dúvida foram coincidentes com as respostas obtidas nos formulários aplicados à equipa de enfermagem, sendo a área do desenvolvimento infantil uma preocupação prevalente nas famílias com RNP. Outro aspeto gerador de elevados níveis de *stress* no domicílio, e referido com frequência nas

consultas telefónicas de seguimento na UCERN, é a gestão das cólicas, pelo que se tornou essencial incluir este tema na abordagem antecipatória durante o internamento.

Verificou-se ainda o potencial de aplicação do instrumento de capacitação parental a todos os RN admitidos. Durante o estágio, acompanhou-se um RN admitido por perda ponderal associada a hipoglicémia e hipotonia, sinalizado nos cuidados de saúde primários e encaminhado para a unidade hospitalar. Esta experiência reforçou a importância do papel do enfermeiro na identificação precoce de situações de risco e na capacitação parental como estratégia para reduzir hospitalizações e prevenir impactos negativos no desenvolvimento. O internamento revelou-se uma oportunidade privilegiada de capacitação parental, não apenas sobre o motivo de admissão, mas também sobre outras áreas identificadas, colmatando a limitação dos curtos períodos de hospitalização na maternidade.

Globalmente, as atividades implementadas responderam de forma efetiva ao objetivo delineado: a orientação técnica constituiu um instrumento estruturante para a uniformização das práticas; a *checklist* de competências parentais sistematizou as áreas de capacitação parental; o guia informativo constituiu um recurso educativo motivador para o desenvolvimento de competências parentais e a sessão de formação promoveu reflexão das práticas.

Apesar dos resultados alcançados, reconhece-se como limitação o facto de a sessão de formação não ter decorrido em formato formal e abrangente. Ainda assim, a sua dinamização informal junto de alguns elementos da equipa e a disponibilização do material em formato físico e digital asseguraram a continuidade e o potencial de replicação futura. Acresce a baixa taxa de resposta ao formulário diagnóstico, que poderá ter enviesado a perceção inicial das necessidades da equipa. No entanto, estas limitações foram mitigadas com estratégias alternativas.

III.2.1.4. Competências desenvolvidas

A implementação do plano de projeto, que inclui a concretização das atividades alinhadas com os objetivos específicos transversais e específico do contexto, possibilitou o desenvolvimento integrado de competências especializadas e de mestre.

Com a observação e participação na prestação de cuidados a crianças de diferentes faixas etárias e condições de saúde/doença, permitiu mobilizar transversalmente as três competências do EEESIP. No âmbito da competência **"assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"**[22, p.19192], reconheceu-se o impacto da hospitalização na criança e na família e adotaram-se estratégias para a sua minimização, promovendo a parentalidade, a autonomia no regime terapêutico e a

reinserção social (E1.1). A identificação e acompanhamento de situações de risco social e a sua referenciação revelaram-se igualmente centrais ao longo do estágio. Identificou-se nestas situações a necessidade de avaliar o ambiente familiar e o impacto da condição de saúde/doença e compreender a importância da articulação entre os serviços de saúde e a rede de apoio social, garantindo a proteção da criança e a promoção do seu bem-estar (E1.2). No que respeita à competência **"cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"**[22, p.19192], destacou-se o acompanhamento de crianças/famílias com diagnósticos que comprometem a sua qualidade de vida, possibilitando a implementação de intervenções de adaptação à sua condição de saúde e promoção da sua autonomia e do seu bem-estar (E2.5). Ainda, a gestão da dor e do conforto esteve inerente em todos os cuidados, exigindo o reconhecimento das diferentes manifestações de dor e a adaptação de estratégias à idade e à condição clínica (E2.2). Por sua vez, no âmbito da competência **"presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem"**[22, p.19192], a comunicação adaptada ao estádio de desenvolvimento e à cultura foi determinante para a construção de uma relação terapêutica, sustentada na escuta ativa, na empatia, na adaptação da linguagem às necessidades individuais, consolidando competências relacionais (E3.3). Ainda a prestação de cuidados a adolescentes baseou-se essencialmente na promoção da autoestima e da autodeterminação, incentivando escolhas saudáveis, como exemplificado pela proposta de articulação com a Medicina Física e de Reabilitação numa situação de internamento prolongado, para realização de atividade física (E3.4).

Paralelamente à prestação direta de cuidados, houve a oportunidade de acompanhar tanto a ESC como a EG na gestão dos recursos humanos, materiais e na organização da dinâmica de funcionamento. Esta experiência possibilitou compreender como o EE aplica a competência "**adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados"**[71, p.4748], observando-se como adapta o estilo de liderança e recursos ao clima organizacional, às características individuais de cada membro da equipa, favorecendo ambientes de cuidados positivos, colaborativos e potenciadores do desempenho profissional, e às necessidades das crianças/famílias (C2.1; C2.2). Este acompanhamento permitiu desenvolver uma visão integrada da gestão em enfermagem, consolidando a perceção da complexidade inerente ao papel do EEESIP, que exige competências de gestão de recursos e de suporte da equipa garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados.

No âmbito do objetivo específico deste contexto, destacaram-se as competências do EEESIP "**assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"**[22, p.19192] e **"presta cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de**

desenvolvimento da criança e jovem"[22, p.19192], ao estruturar intervenções promotoras da continuidade de cuidados e da parentalidade, com foco na capacitação parental. O planeamento de alta constituiu uma oportunidade para intervir precocemente dotando as famílias de conhecimento, potenciando a sua autonomia e confiança no cuidado ao RN. Paralelamente, a promoção da vinculação, particularmente no RN de alto risco, e a educação antecipatória nas diferentes áreas de cuidado, favoreceram o potencial de crescimento e desenvolvimento (E1.1; E1.2 E3.1; E3.2).

Destacam-se ainda a aquisição dos seguintes domínios de competências do EE: **Melhoria da Contínua da Qualidade, Gestão dos Cuidados** e **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**[71]**.** A elaboração de instrumentos orientadores e de apoio à prática traduziram-se na mobilização de conhecimentos para a melhoria contínua da qualidade, permitindo uniformizar práticas e otimizar os cuidados de enfermagem (B1.1, C1.1). Paralelamente, promoveu-se a aprendizagem em contexto de trabalho, não só ao facilitar orientações para a transmissão de informação estruturada às famílias, mas também ao disponibilizar recursos que apoiam a equipa de enfermagem na sua prática (D2.1). A integração da melhor evidência científica, quer na prática de cuidados, quer na concretização das atividades, refletiu o compromisso com a prática especializada, garantindo fundamentação para as intervenções propostas (D2.2) e contribuindo para a implementação de padrões e procedimentos que reforçam a qualidade e segurança dos cuidados prestados (D2.3).

O estágio permitiu ainda consolidar competências de mestre[72] de natureza científica, técnica e ética, evidenciadas na capacidade de conceber e aplicar instrumentos orientadores ajustados às necessidades identificadas; na integração da melhor evidência científica e da reflexão ética que sustentaram cuidados mais seguros, uniformes e centrados na criança e na família; na participação em projetos e na gestão dos cuidados adotando-se uma postura proativa e dinamizadora na equipa; e, por fim, na elaboração de recursos formativos, com sistematização da evidência aplicada aos cuidados, configurando contributos relevantes para a disciplina e para a prática.

III.2.2. Urgência Pediátrica

Nos períodos compreendidos entre 2 a 22 de dezembro de 2024 e entre 31 de março a 11 de maio de 2025, o estágio correspondente aos módulos I e II respetivamente, decorreu na Urgência de Pediatria.

III.2.2.1. Contextualização

A Urgência de Pediatria tem como missão a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos emergentes ou urgentes a crianças e jovens até aos 18 anos e às suas famílias, integrando o Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) e a UCINT Ped.

O SUP organiza-se em diferentes zonas funcionais destacando-se um gabinete de triagem com dois postos; uma sala de tratamentos; uma sala de reanimação e uma sala de observação em *open space*, com sete vagas. O tempo de permanência da criança/jovem admitida no SO não deve exceder 24h. Perante a necessidade de prolongar pode ser transferida para a UCINT Ped, que está organizada de forma a assegurar a monitorização contínua do estado da criança em permanência, para o Internamento de Pediatria ou para outra unidade hospitalar.

A triagem adota o sistema de Triagem Manchester, que tem como base normas de triagem para determinação do risco clínico, classificando através de cores a gravidade da criança/jovem e consequentemente atribuindo uma prioridade clínica de atendimento[82]. Embora a OE recomende que a triagem de prioridades na urgência de pediatria seja assegurada por um EEESIP[87], neste contexto é assegurada por enfermeiros, não necessariamente EEESIP, com formação certificada e experiência mínima de seis meses em cuidados de urgência[88].

A equipa multidisciplinar inclui médicos pediatras, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e assistentes administrativos, contando ainda com o apoio de diferentes especialidades médicas. A equipa de enfermagem, comum ao Internamento de Pediatria, assegura a vigilância da criança/jovem 24h/dia na UCINT Ped e entre as 8h às 00h de 2ª a 6ª-feira no SUP. À semelhança do observado no contexto anterior, a análise das dotações seguras (Apêndice D) evidenciou um défice de profissionais de enfermagem, incluindo EEESIP, podendo constituir uma limitação relevante para a qualidade e segurança dos cuidados.

Apesar da distribuição dos elementos da equipa de enfermagem pelos diferentes postos não permitir um acompanhamento contínuo criança/jovem e família pelos mesmos profissionais ao longo do percurso na urgência é notória a adoção de um método de trabalho em equipa[83,84], sendo a prática pautada pela filosofia de Cuidados Centrados na Família e Cuidados atraumáticos[19,65,77].

A transmissão de informação segue o método ISBAR[89], enquanto a informação necessária à continuidade e segurança dos cuidados é sistematizada no processo de enfermagem eletrónico no programa informático Soarian®, em linguagem CIPE®, o qual integra também a prescrição, verificação e registo da terapêutica.

III.2.2.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação centrou-se na observação dos cuidados prestados aos RN e na interação com a díade e compreensão das suas necessidades nos diferentes postos, na identificação das necessidades da equipa de enfermagem no cuidado a esta população e na análise de documentos de apoio à prática e instrumentos informativos. Face à baixa adesão ao formulário aplicado no contexto anterior, privilegiaram-se entrevistas e reflexões conjuntas com a equipa de enfermagem.

No posto de triagem, verificou-se um elevado número de admissões classificadas como não urgentes, correspondendo a cores verdes e azuis pelo sistema de Triagem de Manchester[87]. A análise da sistematização dos dados relativos ao motivo de admissão do RN no SUP entre 1 de janeiro a 30 de outubro de 2024, confirmou esta tendência, evidenciando a utilização indevida do serviço de urgência. Face a esta análise, emergiu a necessidade de reforçar a literacia parental sobre sinais de alerta e utilização adequada dos serviços de saúde.

Nos restantes postos, nomeadamente sala de tratamento, de observação e UCINT Ped, foi evidente o impacto que a admissão num serviço de urgência tem na díade. Para além do compromisso físico que acomete uma situação de emergência, destacou-se o impacto emocional na família, traduzido em ansiedade e insegurança. Enquadrado na Teoria das Transições de Afaf Meleis[25], esta vivência remete para transições simultâneas de saúde/doença e situacionais, exigindo a identificação de fatores facilitadores e inibidores e intervenções de enfermagem que promovam a adaptação.

Reconhece-se que os RN são particularmente vulneráveis à dor e ao *stress* e que, experiências dolorosas podem ter impacto significativo no seu desenvolvimento[12,77,90], observando-se na prática o impacto negativo que os procedimentos dolorosos têm tanto nos RN como na sua família. Apesar da monitorização e registo da dor, segundo a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)[90,91] e a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas[90,92,93], verificou-se um insuficiente envolvimento parental em estratégias de conforto. Tal revelou a necessidade de capacitar as famílias para participação ativa, particularmente durante os procedimentos potencialmente dolorosos, de sensibilizar a equipa e disponibilizar instrumentos de educação para a saúde das famílias.

Ainda que reconhecendo a amamentação como uma estratégia de minimização do *stress* e da dor[93], observou-se a inexistência de um espaço físico, confortável, tranquilo e que garantisse a privacidade das famílias e RN. Esta necessidade foi analisada com o EG e ESC, e mesmo mantendo-se a impossibilidade de disponibilizar um espaço próprio para o efeito, a equipa determinou adaptar o espaço do SO, para garantir um ambiente tranquilo e em privacidade para este fim.

Face ao exposto, identificaram-se duas áreas prioritárias de intervenção. Por um lado, a necessidade de capacitar a família para a adoção de estratégias não farmacológicas de conforto e alívio da dor, promovendo o seu envolvimento nos procedimentos potencialmente dolorosos e reduzindo o impacto negativo destas experiências no desenvolvimento da criança e na família. Por outro, tornou-se evidente a importância de reforçar a literacia em saúde relativamente à utilização adequada dos serviços de urgência, face à elevada percentagem de admissões não urgentes. Assim, foram definidos como objetivos específicos deste contexto:

1) **Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem promotores do envolvimento dos pais/cuidadores na adoção de estratégias de minimização da dor;**
2) **Promover a literacia dos pais/cuidadores de RN sobre a utilização correta dos serviços de saúde.**

III.2.2.3. Implementação do plano de projeto

À semelhança do contexto anterior, o módulo II decorreu num contexto de mudanças organizacionais, o que implicou adaptações, nomeadamente ao nível do ESC, contudo sem necessidade de reformulação dos objetivos e atividades propostas.

Para concretização do objetivo **1)** Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem promotores do envolvimento dos pais/cuidadores na adoção de estratégias de minimização da dor, foi essencial reunir a melhor evidência tendo como base documentos orientadores da prática vigentes na instituição, complementado pelas orientações da DGS, da OE, da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, bem como evidência obtida através de pesquisa em bases de dados científicas, nas quais foi utilizada a seguinte equação de pesquisa: (*Pain management* OR *Pain*) AND (*Infant newborn* OR *Newborn*) AND (*Parents* OR *Family* OR *Caregivers* OR *Accompanying Family Members*), resultarando no desenvolvimento das seguintes atividades:

1) **Orientação técnica - Gestão da dor do recém-nascido na Urgência de Pediatria** (Apêndice O).

Este documento dirigido a todos os enfermeiros envolvidos no cuidado ao RN e sua família, em situações de dor aguda e dor associada a procedimentos de diagnóstico e terapêuticos na Urgência de Pediatria, estabelece linhas orientadoras para a uniformização da prática de enfermagem neste domínio. A sua estrutura contempla o enquadramento da dor em idade neonatal; avaliação da dor, intervenções de controlo da dor, subdivididas em autónomas (não farmacológicas) e interdependentes

(farmacológicas); ensinos dirigidos à família e documentação, reforçando a importância do registo sistematizado no processo informático.

A pertinência deste documento foi reconhecida e obteve aprovação pelo ESP e ESC, encontrando-se em fase de aprovação formal pelo EG, com vista à sua implementação institucional. A apresentação informal aos elementos da equipa de enfermagem permitiu verificar a sua aplicabilidade, sendo valorizada a sua clareza e adequação ao contexto.

Com a sua elaboração observou-se uma adoção mais consistente de intervenções autónomas, nomeadamente a utilização simultânea de estratégias como contenção, posicionamento, utilização da chupeta e sacarose. Contudo, estratégias de reconhecida eficácia, como a amamentação durante procedimentos ou a realização destes ao colo da família, revelaram ainda alguma resistência por parte da equipa, o que reforça a importância da formação contínua e da mudança gradual de práticas. Foi ainda reforçada junto da equipa a importância de garantir um ambiente favorável ao conforto, nomeadamente ajustando parâmetros de monitorização, evitando alarmes desnecessários e reduzindo o ruído e luminosidade.

2) **Cartaz informativo - Estratégias de conforto para o seu bebé na Urgência de Pediatria e vídeo informativo - Saiba como confortar o seu bebé na Urgência de Pediatria** (Apêndice P).

Resultando em instrumentos informativos de capacitação parental, ambos os instrumentos foram elaborados em português e inglês. O cartaz reúne as principais estratégias de conforto do RN, como presença e envolvimento da família nos procedimentos, toque, contenção e posicionamento, amamentação, sucção não nutritiva, utilização de soluções adocicadas, voz familiar, bem como a promoção de um ambiente calmo e tranquilo. Já o vídeo informativo apresenta detalhes de cada uma destas áreas com exemplos visuais.

Os instrumentos aprovados pelo ESP e ESC foram apresentados informalmente à equipa de enfermagem que valorizou o vídeo informativo acessível por *Qr code*. A fixação do cartaz nas salas de espera encontra-se pendente de aprovação pelo EG, prevendo-se que a sua disponibilização permita uma utilização sistemática e mais alargada das estratégias pelas famílias.

O cartaz foi mobilizado individualmente junto de uma família na sala de observação, uma na subespera e uma na UCINT Ped, revelando-se adaptável a toda a Urgência de Pediatria. A tradução para inglês demonstrou ser uma mais valia, pela sua utilização na UCINT Ped com uma família em que foi identificada barreira linguística. Para além desta mobilização, em todos os contactos com RN/família, principalmente na sala de

tratamentos, e sempre que se identificou essa necessidade, foram transmitidas orientações para a observação e reconhecimento dos sinais de dor, bem como as diferentes estratégias de minimização, evidenciando o impacto positivo imediato no conforto do RN e na confiança parental. Verificou-se a adoção imediata de algumas estratégias pelos pais, nomeadamente a contenção com a técnica *swaddle* e o recurso à chupeta e a vocalização, o colo e o embalo após procedimentos. Destaca-se ainda a realização de uma colheita de sangue adotando a amamentação, no qual se evidenciou o conforto simultâneo do RN e da mãe.

3) **Sessão de formação - Gestão da dor do recém-nascido na Urgência de Pediatria** (Apêndice Q).

Estruturada com recurso ao *Microsoft PowerPoint*®, contemplou a revisão dos conceitos fundamentais sobre a dor em idade pediátrica, com particular enfoque no período neonatal, os métodos de avaliação, as intervenções não farmacológicas de controlo da dor, a relevância do registo sistemático e a apresentação dos instrumentos desenvolvidos. O tema foi abordado informalmente com os diferentes elementos da equipa de enfermagem, permitindo suscitar reflexão e discussão sobre a importância da adoção sistemática das estratégias não farmacológicas de minimização da dor. Foi ainda assegurada a acessibilidade e continuidade futura da atividade, mediante a inclusão dos documentos elaborados no dossier físico e digital já elaborado no contexto anterior, acrescido de um novo separador dedicado à temática da dor.

Relativamente ao objetivo **2)** Promover a literacia dos pais/cuidadores de RN sobre a utilização correta dos serviços de saúde, delineou-se, inicialmente, a elaboração de um instrumento e vídeo informativo sobre a utilização correta dos serviços de saúde e sinais de alerta no RN. A concretização desta atividade foi revista em função da Portaria n.º 23/2025, de 29 de janeiro[89], que introduziu alterações significativas no acesso às urgências pediátricas em Portugal.

Esta portaria estabelece que o recurso à Urgência de Pediatria deve ser precedido de contacto com a Linha SNS 24, através da qual é realizada uma triagem, ficando excecionados da referenciação obrigatória, entre outros, as crianças com idade inferior a seis meses**.** No âmbito desta portaria, foi também implementada uma campanha nacional de sensibilização, com a afixação de cartazes nas entradas das urgências, centros de saúde, escolas e creches, bem como a transmissão de mensagens nos meios de comunicação social[89]. Paralelamente, verificou-se ainda a existência, no hospital, de um documento “Sinais de Alarme no Recém-Nascido” (Anexo F), já aprovado e disponível para utilização, não identificado no Módulo I.

Face ao exposto, considerou-se redundante avançar com a elaboração de novos materiais, optando-se por integrar e mobilizar os recursos já disponíveis. O objetivo foi assim concretizado através da educação para a saúde diretamente com as famílias de RN admitidos no serviço, reforçando os sinais de alerta que justificam o recurso a um serviço de urgência e divulgando o documento à equipa de enfermagem.

Esta adaptação permitiu manter a pertinência do objetivo, ainda que com estratégias distintas das inicialmente previstas, garantindo a articulação entre a prática, os recursos institucionais já disponíveis e as recentes orientações nacionais.

A avaliação dos resultados permitiu constatar que as atividades desenvolvidas responderam de forma efetiva aos objetivos delineados. A orientação técnica e a sessão de formação destacaram-se como estruturantes para a uniformização dos cuidados, oferecendo suporte à tomada de decisão e promovendo cuidados mais consistentes e baseados em evidência. O cartaz e o vídeo informativos revelaram impacto imediato na capacitação parental, observando-se a adoção das estratégias durante procedimentos dolorosos, com benefícios visíveis no RN e no aumento da confiança da família.

Globalmente, os resultados obtidos traduziram-se em ganhos significativos para a qualidade dos cuidados, nomeadamente na promoção de cuidados centradas na família, na valorização do papel parental no alívio da dor e pelo reforço da literacia em saúde. Estes avanços respondem a vulnerabilidades previamente identificadas e contribuem para uma abordagem mais humanizada, segura e sensível ao desenvolvimento do RN.

III.2.2.4. Competências desenvolvidas

Pela natureza imprevisível e exigente, o estágio neste contexto, revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências da prestação de cuidados em situações de especial complexidade. A observação participada nos diferentes espaços da Urgência de Pediatria permitiu compreender as suas particularidades e refletir criticamente, em conjunto com a ESC e a equipa de enfermagem, sobre a complexidade dos cuidados prestados, incluindo os desafios decorrentes da diversidade cultural.

O acompanhamento em situações de instabilidade clínica reforçou a necessidade da vigilância contínua, da articulação eficaz entre equipas, constituindo uma oportunidade para mobilizar conhecimentos teóricos, técnicos e relacionais. Estas experiências evidenciaram a necessidade do reconhecimento precoce da instabilidade vital e da capacidade de intervir de forma antecipatória e fundamentada (E2.1).

Especificamente, a observação no posto de triagem evidenciou a importância da comunicação dirigida e da observação detalhada de sinais e sintomas para garantir uma

triagem rápida e eficaz. Enquanto, nas salas de tratamentos e de observação, emergiram múltiplas oportunidades de capacitação parental, ajustando ensinos às necessidades individuais. Para além dos ensinos relacionados com o motivo de admissão, como administração de terapêutica intramuscular ou inalatória, lavagem nasal, técnicas de arrefecimento da febre, massagem abdominal, hidratação oral, foi possível identificar necessidades adicionais, fortalecendo a parentalidade e promovendo comportamentos potenciadores de saúde e segurança (E1.1).

A diversidade de situações clínicas vivenciadas, desde infeções respiratórias e gastrointestinais, que exigiram aplicação de conhecimentos sobre doenças comuns, até à identificação de situações de risco, como a admissão de adolescentes com suspeita de consumos, que sublinharam a importância da avaliação de comportamentos de risco e da promoção de conhecimentos em saúde (E1.2) e ainda, o contacto com crianças com diagnósticos complexos, como drepanocitose, diabetes inaugural e doença oncológica, sublinhou a relevância do apoio diferenciado à criança e família, que permitiu promover a adaptação à condição de saúde/doença e a gestão de situações de instabilidade (E2.5), remetendo para as competências do EEESIP: **"cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"**[22, p.19192] e "**assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"**[22, p.19192].

A intervenção neste contexto não se restringiu às situações de especial complexidade e de doença aguda, tendo constituído também uma oportunidade para reforçar o desenvolvimento infantil e a parentalidade. A avaliação das competências parentais permitiu adequar os ensinos às necessidades individuais, valorizando os conhecimentos prévios e as dificuldades expressas. A transmissão de orientações antecipatórias, sobretudo em situações em que o recurso à urgência evidenciou lacunas de conhecimento, aliada à comunicação adaptada ao estádio de desenvolvimento e às especificidades culturais (E3.1; E3.2; E3.3), reforçaram em complementaridade a competência **"presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem"**[22, p19192].

A implementação do plano de projeto específico deste contexto, possibilitou a elaboração de planos de cuidados partilhados, promotores da parentalidade e do envolvimento da família no processo de cuidar e a promoção da literacia em saúde, incidindo essencialmente na mobilização das competências "**assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"**[22, p.19192] e **"cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"**[22, p.19192].

A comunicação com a família foi realizada de forma clara, com recurso a linguagem simples e, através de estratégias motivadoras, possibilitou-se a adoção de comportamentos promotores de saúde e facilitou-se a aquisição de competências para

gerir situações de saúde/doença (E1.1). As atividades realizadas capacitaram as famílias não só a promover o conforto e bem-estar do RN, mas também para reconhecer sinais de alerta e utilizar adequadamente os serviços de saúde. Desta forma, reforçou-se a segurança, preveniu-se a procura desnecessária do serviço de urgência, com vista à menor exposição do RN ao ambiente hospitalar (E1.1; E1.2).

A gestão diferenciada da dor destacou-se como uma das principais unidades de competência mobilizada, tanto na prática de cuidados direta como na elaboração de instrumentos orientadores da prática (E2.2; E2.4), sendo que a capacitação da família neste âmbito e o seu envolvimento nos procedimentos, bem como a adoção de intervenções mais consistentes pela equipa de enfermagem, permitiu simultaneamente promover a vinculação e o desenvolvimento do RN (E3.1; E3.2).

Do ponto de vista das competências comuns do EE, a elaboração dos diferentes instrumentos traduziu-se em contributos para aquisição de competências no domínio da **melhoria contínua da qualidade**[71], mobilizando-se conhecimentos com vista à melhoria dos cuidados prestados (B1.1) e à promoção de um ambiente seguro e humanizado (B3.1). Simultaneamente, a elaboração de instrumentos orientadores e a sessão de formação permitiram otimizar a tomada de decisão (C1.1) e formular padrões de prática especializada (D2.3). Ainda a partilha contínua com a equipa evidenciou a função de facilitador de aprendizagens (D2.1), sempre sustentada na evidência científica (D2.2) mobilizando assim, também, os domínios da **gestão dos cuidados**[71] e do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**[71].

Por fim, consolidaram-se competências de mestre[72] através da observação participada em situações de instabilidade clínica, fundamentadas em julgamento clínico e tomada de decisão; do compromisso com a melhoria da qualidade dos cuidados, através da elaboração de instrumentos estruturantes; da assunção de um papel proativo através da dinamização de atividades junto da equipa de enfermagem bem como com discussões informais, e por fim, do contributo para a disciplina de enfermagem através da sistematização de intervenções e elaboração de instrumentos de apoio, reforçando a centralidade da criança e família nos cuidados.

III.2.3. Neonatologia

Nos períodos compreendidos entre 27 de janeiro a 14 de fevereiro de 2025 e entre 16 de junho a 18 de julho de 2025, o estágio correspondente ao módulo I e II respetivamente, decorreu na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido.

III.2.3.1. Contextualização

A neonatologia desta unidade hospitalar tem como missão a prestação de cuidados especializados e humanizados ao RN proveniente do Bloco de Partos, do Internamento de Obstetrícia ou de outras unidades de Neonatologias, sendo os cuidados classificados em nível IIb[94]. São admitidos RN durante período neonatal, podendo o internamento prolongar-se sempre que subsistem necessidades de cuidados especializados ou, no caso dos RNP, até pelo menos os 28 dias de idade corrigida.

A unidade apresenta configuração *open space* com duas áreas distintas: uma destinada a cuidados intensivos, e outra para cuidados intermédios, dispondo ainda de uma *box* de isolamento, em regime de cuidados intensivos ou intermédios, totalizando 13 vagas.

Os cuidados são assegurados por uma equipa multidisciplinar composta por médicos pediatras com subespecialidade em neonatologia, enfermeiros, generalistas e especialistas, técnicos auxiliares de saúde, assistente social, terapeutas da fala, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Face à distribuição por turnos e ao rácio recomendado[91], procedeu-se à análise das dotações seguras (Apêndice D), a qual evidenciou um défice de profissionais de enfermagem, tanto generalistas como EEESIP. Este défice pode estar relacionado com diversas fragilidades organizacionais, nomeadamente, a inexistência de um plano formativo, de formação em serviço e a desatualização das formações existentes disponíveis, bem como dos instrumentos de apoio à prática que promovem a capacitação parental.

A informação decorrente da prestação de cuidados é sistematizada no processo de enfermagem em suporte eletrónico, em linguagem CIPE®, através do programa informático Sorian®, também utilizado para prescrição, verificação e registo da terapêutica. A prática de cuidados articula trabalho individual e em equipa, privilegiando a continuidade de cuidados através da atribuição dos mesmos RN aos mesmos profissionais[83,84]. Adotam-se princípios dos cuidados centrados no desenvolvimento e na família[19,49,65], promovendo o envolvimento parental desde a admissão e reconhecendo os pais como cuidadores principais. É ainda permitido o acompanhamento de ambos os pais no período diurno e de um no período noturno, em conformidade com a Carta da Criança Hospitalizada, reforçando a vinculação e a parentalidade[80,82].

III.2.3.2. Diagnóstico de situação

O internamento na neonatologia constitui, para o RN e sua família, um momento de vulnerabilidade, compreendida à luz da Teoria das Transições[25] como uma transição de

saúde/doença e situacional. A fragilidade do RN, exposto a estímulos nocivos e a um ambiente tecnológico, e a necessidade de redefinição do papel parental exigem intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação, contribuindo para reduzir a vulnerabilidade e promover transições saudáveis[12].

Dada a suscetibilidade dos RN a estímulos excessivos, os cuidados devem centrar-se na minimização do impacto do ambiente hospitalar, numa perspetiva que contemple o RN, a família e os profissionais de saúde[12,49,50,51]. Os cuidados devem centrar-se na redução de fatores de *stress* favorecendo a proteção e o neurodesenvolvimento[12].

O diagnóstico de situação incidiu sobre os cuidados neuroprotetores, onde se incluiu a análise das práticas observadas, dos documentos orientadores da prática vigentes na instituição, dos instrumentos educativos disponíveis e da perceção da equipa de enfermagem relativamente a dificuldades e necessidades. Para esta análise consideraram-se dimensões dos cuidados centrados no desenvolvimento, como gestão do ambiente terapêutico; manipulação mínima, agrupada e colaborativa segundo estados comportamentais; promoção do sono; gestão da dor e *stress*; posicionamento adequado; cuidados à pele; envolvimento parental e parceria de cuidados; nutrição; ambiente terapêutico e estimulação sensorial[12,21,39,48-51].

Constatou-se a ausência de documentos orientadores da prática e de instrumentos educativos para capacitação parental. Em complementaridade, e reconhecendo que a implementação de intervenções neuroprotetoras implica atualização contínua dos enfermeiros[47], identificou-se ausência de um plano formativo no corrente ano. Paralelamente, apesar de se observar a implementação de intervenções de natureza neuroprotetora, estas revelaram-se frequentemente inconsistentes e pouco fundamentadas teoricamente. Ainda se verificou um deficiente registo no processo clínico, comprometendo a continuidade dos cuidados e a avaliação sistemática.

Com o intuito de aprofundar o diagnóstico e identificar áreas prioridades com base na perceção da equipa da enfermagem, elaborou-se e aplicou-se um formulário online (Apêndice R), com recurso ao *google forms*, obtendo-se 18 respostas (67% da equipa). A análise (Apêndice S) evidenciou que apenas 44,4% dos participantes frequentaram formação prévia em cuidados neuroprotetores e 77,8% afirmaram aplica-los a todos os RN. No entanto, 44,4% consideram a implementação inconsistente. Entre os principais desafios salientam-se a ausência de documentos orientadores (83,3%), a necessidade de formação (77,8%) e a ausência de instrumentos informativos para a família (55,6%). Paralelamente, 50% discordou parcialmente que os pais recebam informação suficiente sobre o tema. Existe consenso (88,9%) quanto à importância da formação da equipa para a adaptação dos cuidados e para a capacitação parental. Entre os temas

prioritários, destacaram-se a observação dos estados comportamentais (88,9%), promoção do sono (83,3%) e a gestão da dor e *stress* (83,3%).

Estes dados reforçam a necessidade de formação contínua e de instrumentos que apoiem a prática e promovam o envolvimento e capacitação parental. Propôs-se assim a elaboração de um projeto que possa ser dada continuado no âmbito dos cuidados neuroprotetores, integrando instrumentos orientadores, instrumentos informativos para a família e formação da equipa. Face a um projeto paralelo sobre sono, desenvolvido por uma estudante, foram priorizados os seguintes eixos: gestão da dor e do *stress* e observação dos estados comportamentais para adequação dos cuidados.

No que respeita à dor, verificou-se a monitorizada e registo de 3/3h, segundo a escala de NIPS[90,91], mas nem sempre documentada durante procedimentos invasivos. Apesar da aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, observou-se a ausência de uniformização das práticas e resistência à inclusão dos pais em procedimentos invasivos.

Relativamente ao *stress*, é identificado na literatura que os RN estão frequentemente expostos a situações potenciadoras de *stress*, nomeadamente durante os cuidados higiene[12]. Neste contexto, a introdução da técnica do banho enfaixado foi identificada como uma estratégia promotora do conforto e do neurodesenvolvimento[50,97], não aplicada neste contexto, pelo que se propôs a sua implementação.

Quanto ao envolvimento parental, elemento-chave dos cuidados neuroprotetores[50,51], observou-se uma permanência reduzida de algumas famílias, associada a sentimentos de impotência perante a hospitalização, sobretudo com o RN em incubadora. Propôs-se, por isso, a elaboração de um instrumento informativo dirigido às mesmas, destacando a importância da sua presença e envolvimento.

Em síntese, o diagnóstico de situação permitiu identificar fragilidades na uniformização e padronização dos cuidados neuroprotetores. A ausência de práticas consistentes e de capacitação parental pode constituir uma condição inibidora, aumentando a ansiedade, o *stress* e o risco de insuficiência de papel parental. Por outro lado, a formação da equipa, a sistematização dos cuidados e o reforço do envolvimento parental representam condições facilitadoras para transições saudáveis, reduzindo a vulnerabilidade do RN e fortalecendo a vinculação e a parentalidade. Assim, deste diagnóstico emergiu o seguinte objetivo:

1) **Promover a utilização de estratégias de minimização da dor e do *stress* no RN internado na UCERN.**

III.2.3.3. Implementação do plano de projeto

Para concretizar o objetivo, desenvolveram-se atividades dirigidas à equipa de enfermagem e às famílias, privilegiando a uniformização das práticas e a capacitação parental. Para o desenvolvimento das três primeiras atividades foram considerados os documentos em vigor na instituição, complementado pelas orientações da DGC, da OE, da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e pela evidência obtida através de pesquisa em bases de dados científicas com a equação de pesquisa: (*Pain management* OR *Pain* OR Stress) AND (*Infant newborn* OR *Newborn*) AND (*Parents* OR *Family* OR *Caregivers* OR *Accompanying Family Members*). Já para restantes atividades foi considerada a evidência obtida através da pesquisa em bases de dados científicas com a equação de pesquisa: (*Swaddled bath)* AND (*Premature* OR *Newborn).*

1) **Orientação técnica - Gestão da dor e do *stress* do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido** (Apêndice T).

A elaboração deste documento, dirigido a todos os enfermeiros da UCERN, visa sistematizar práticas de identificação, avaliação, intervenção e registo da dor e do *stress*. A estrutura contempla enquadramento conceptual; avaliação da dor e do *stress*; intervenções terapêuticas autónomas e interdependentes, ensinos à família e documentação. A orientação foi aprovada pela ESP e ESC, reconhecida como completa e pertinente para a prática, encontrando-se em fase de aprovação pelo EG. A apresentação informal à equipa reforçou a sua relevância para a uniformização das práticas.

2) **Instrumento informativo - Comunicar com o bebé na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido** (Apêndice U).

O instrumento dirigido às famílias, elaborado em formato de folheto e em português e inglês, visa promover o comportamento interativo entre a família e o RN, capacitando a família para a interpretação de sinais de conforto, *stress* ou dor, incluindo a leitura dos diferentes estados comportamentais e aplicação de estratégias adequadas às observações. O instrumento fornece orientações práticas e um espaço de registo para observações diárias, tendo sido aprovado pela ESP e ESC, aguardando validação final pelo EG para uma posterior implementação no contexto.

Utilizado com cinco famílias durante o estágio, em articulação com a prestação de cuidados, sempre que se evidenciou a necessidade neste âmbito, demonstrou-se uma ferramenta útil para reforçar o envolvimento parental, reduzir sentimentos de impotência e fortalecer a comunicação com a equipa e com o RN. Os pais destacaram a linguagem acessível e a curiosidade das informações, observando-se a adoção de estratégias,

como a contenção manual reconhecendo-a como benéfica para a autorregulação do RN em momentos de choro.

3) **Sessão de formação - Gestão da dor e do *stress* na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido** (Apêndice V)

Estruturada com recurso ao *Microsoft* PowerPoint® e dirigida à equipa de enfermagem, os conteúdos incluíram os fundamentos dos cuidados centrados no desenvolvimento, a gestão da dor e do *stress* como princípio fundamental destes cuidados, os métodos de avaliação da dor e do *stress* e as intervenções não farmacológicas, bem como dado destaque para a documentação. A sessão, planeada para 60 minutos, foi realizada em modo híbrido e contou com a participação de 15 profissionais (56%). Houve ainda um momento de partilha que fomentou a reflexão sobre práticas vigentes, destacando-se a reflexão da gestão da dor e do *stress* no RN sob sedoanalgesia e uma proposta futura de elaboração de um procedimento técnico relativo à administração da sacarose.

Aplicou-se um questionário para avaliação da sessão, de caracter anónimo, obtendo 100% de respostas face à totalidade dos participantes. A análise das mesmas (Apêndice W), evidencia que a sessão foi considerada de grande relevância e bem estruturada. Os principais pontos fortes residem na pertinência do tema e na clareza dos conteúdos. Os aspetos a melhorar prendem-se sobretudo com questões logísticas, que podem ser facilmente ajustados em futuras formações.

Após a formação e após reflexões informais, observou-se uma implementação mais consistente e consciente de estratégias não farmacológicas, bem como uma maior abertura da equipa ao envolvimento parental em procedimentos dolorosos.

4) **Procedimento técnico - Banho total enfaixado na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido** (Apêndice X)

A elaboração deste documento, dirigido a todos os enfermeiros, tem como finalidade uniformizar e padronizar a técnica, garantindo a sua aplicação de forma segura, eficaz e consistente. A sua estrutura integra uma contextualização sobre cuidados à pele do RN, enumeração das diferentes técnicas de banho e respetivos critérios para a sua seleção, recomendações práticas do banho total enfaixado nomeadamente indicações, frequência e duração, preparação do ambiente e água e escolha de agentes de limpeza e, por fim, a descrição detalhada do procedimento.

O documento foi aprovado pela ESP e ESC, aguardando validação do EG para posterior integração no manual de procedimentos da unidade, atualizando o conteúdo relativo ao banho. O procedimento técnico foi apresentado à equipa de forma informal

sendo reconhecido como uma ferramenta estruturante, por permitir uniformizar a prática e reforçar a segurança na aplicação da técnica.

5) **Sessão de formação - Banho total enfaixado - Uma técnica promotora do neurodesenvolvimento do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido** (Apêndice Y)

Para a sessão, dirigida à equipa de enfermagem, foi elaborado um documento de apoio com recurso ao *Microsoft* PowerPoint® que contemplou a revisão dos cuidados à pele do recém-nascido, a enumeração das técnicas de banho, os benefícios do banho total enfaixado, a descrição detalhada da técnica com indicações para a prática e a apresentação do procedimento técnico. Para a sua concretização foi ainda constituído um kit de materiais essenciais para a realização da técnica, reunindo os recursos já disponíveis no contexto.

A sessão, realizada em formato híbrido e com duração de 60 minutos, contou com a participação de 16 elementos da equipa (59%) e combinou uma componente teórica e outra prática, com demonstração da técnica e treino.

Aplicou-se um questionário para avaliação da sessão, de caracter anónimo, cujas respostas foram analisadas (Apêndice Z). Sucintamente, da avaliação muito positiva destaca-se a clareza das orientações, a relevância da técnica para a prática, a componente prática e a qualidade pedagógica e organizacional, com pedidos para a sua replicação. Para tal, com vista a uma futura replicação, foi contactada uma empresa de representação e distribuição de produtos médico-hospitalares, com material destinado à realização da técnica, que prontamente se disponibilizou a ceder, em regime de empréstimo, para a dinamização da sessão formativa, com vista a uma possível aquisição de mais materiais.

Observou-se a implementação da técnica por alguns profissionais, inicialmente de forma autónoma percebido como forma de adquirir segurança com a mesma, e posteriormente com envolvimento parental, passando a constituir um elemento de referência para a técnica. Foi ainda possível, aplicar a técnica na prática de cuidados, destacando-se um caso de um RN transferido de outra unidade hospitalar cuja família já aplicava autonomamente a técnica, reforçando a perceção destes relativo aos benefícios da adoção da mesma.

6) **Substituição de campainha sonora por sistema luminoso**

Durante o Módulo II, emergiu ainda uma atividade relacionada com a gestão do ambiente na UCERN. Identificou-se que a campainha de acesso ao serviço, emitia som audível no interior da unidade, constituindo um fator de *stress* para os RN. Perante esta constatação, foi solicitado formalmente à equipa de manutenção (Apêndice AA) a

substituição do sistema sonoro por luminoso, fundamentando o pedido nos princípios dos cuidados neuroprotetores. A alteração concretizou-se com sucesso (Apêndice AB), traduzindo-se numa redução significativa do ruído, na promoção de um espaço mais protetor e adequado às necessidades do desenvolvimento do RN.

As atividades implementadas revelaram-se complementares e eficazes na concretização do objetivo. A orientação e o procedimento técnico constituíram instrumentos estruturantes, uniformizando práticas e oferecendo suporte à tomada de decisão. As sessões de formação tiveram um impacto positivo na sensibilização e reflexão da equipa, reforçando a importância da atualização de conhecimento incitando ao início da formação em serviço e fomentando a adesão a práticas baseadas em evidência. O instrumento informativo, dirigido às famílias, fortaleceu o envolvimento nos cuidados e a confiança para aplicação de estratégias simples. Os resultados traduziram-se em ganhos para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados, potenciando o conforto, a estabilidade fisiológica e o desenvolvimento do RN, centrando a família no processo de cuidar.

III.2.3.4. Competências desenvolvidas

O estágio neste contexto proporcionou o contacto com o RN de alto risco, em situações de especial complexidade, exigindo cuidados diferenciados, centrados no desenvolvimento e na família. A diversidade de diagnósticos, desde situações de instabilidade das funções vitais, a quadros clínicos complexos que motivaram investigação genética ou associados a doenças raras, até ao acompanhamento de RN com sequelas da prematuridade, constituiu uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências especializadas, particularmente na promoção do desenvolvimento, da vinculação e da parentalidade.

Destacou-se a consolidação da competência **"cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"**[22, p.19192], particularmente orientadas para as exigências e especificidades do cuidado ao RN de alto risco. Evidenciou-se a capacidade de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e de priorizar a tomada de decisão (E2.1). Promoveu-se sistematicamente a vinculação através de práticas individualizadas (E3.2), adaptando os cuidados aos sinais de *stress* e conforto do RN e às necessidades da família (E3.3) e incentivando a adoção de estratégias promotoras do neurodesenvolvimento (E3.1). No âmbito da competência "**assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"**[22, p.19192], implementou-se em parceria com a família, estratégias promotoras da parentalidade, capacitando-os para a gestão das transições de saúde/doença, situacional e de desenvolvimento (E1.1).

De salientar que a integração dos conhecimentos adquiridos no curso FINE 1 sustentou toda a intervenção, reforçando a aplicação consistente de cuidados neuroprotetores.

A operacionalização do objetivo específico deste contexto reforçou a competência **"cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"**[22, p.19192], através de atividades centradas na minimização da dor e do *stress* (E2.2) reconhecendo o seu impacto no desenvolvimento e na autorregulação, bem como a competência **"presta cuidados específicos em reposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança"**[22, p.19192], através da promoção da vinculação e do desenvolvimento do RN, demonstrando simultaneamente conhecimento sobre técnicas de comunicação com o RN e família (E3.1; E3.2; E3.3).

Nas competências comuns, destacaram-se as competências dos domínios da **Melhoria Contínua da Qualidade**, da **Gestão dos Cuidados** e do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**[71]. A elaboração dos diferentes instrumentos possibilitou mobilizar conhecimentos orientados para a melhoria contínua da qualidade (B1.1), sustentar a avaliação crítica das práticas em vigor (B2.1) e otimizar os processos de cuidados, através da uniformização (C1.1). A elaboração da orientação e procedimento técnicos, associada à realização das sessões de formação, refletiram uma prática sustentada na evidência e direcionada para a implementação de padrões e procedimentos (D2.2; D2.3), enquanto a dinamização das formações e a partilha contínua com a equipa consolidaram o papel de facilitador da aprendizagem (D2.1).

Ainda, se consolidaram competências de mestre[72], traduzidas na capacidade de integrar conhecimento científico, técnico e ético no desenvolvimento das diferentes atividades e na observação participada evidenciado em níveis elevados de julgamento clínico, promovendo a implementação de atividades baseadas em evidência, humanizadas e centradas no RN e na família, contribuindo para a disciplina de enfermagem de forma proativa no seio da equipa.

III.3. Contexto de cuidados na comunidade

Nos períodos compreendidos entre 6 a 26 de janeiro e entre 12 de maio a 15 de junho de 2025, o estágio do contexto de cuidados na comunidade, correspondente aos Módulos I e II respetivamente, decorreu, num espaço dedicado à Saúde da Mulher e da Criança, inserido na mesma ULS onde decorreram os estágios do contexto hospitalar.

III.3.1. Contextualização

Este espaço, em funcionamento desde novembro de 2023, integra um projeto piloto que visa a prestação de cuidados de saúde globais à mulher em idade fértil ou grávida

e à criança até aos dois anos de idade, pertencentes à ULS e sem equipa de saúde familiar atribuída. Configura características de cuidados de saúde primários, assumindo-se como primeiro nível de assistência às necessidades de saúde e de bem-estar da comunidade, com foco na prevenção da doença e promoção da saúde[98,99,100].

As áreas de intervenção incluem a vigilância de saúde materna e infantil e o planeamento familiar, complementadas por ações de educação para a saúde dirigidas aos utentes e atividades formativas para profissionais. A sua missão assenta na prestação de cuidados diferenciados e de qualidade nas áreas de intervenção descritas e na melhoria dos indicadores de vigilância de saúde.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos de medicina geral e familiar e com especialidade em pediatria, enfermeiros generalistas e especialistas, assistentes técnicos e técnica auxiliar de saúde.

As consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil, decorrem mediante agendamento e abrangem crianças entre os 15 dias e os dois anos de idade. Desde a implementação, a quatro de novembro de 2023 até 31 outubro de 2024 foram acompanhadas 2515 crianças. O cálculo de dotações seguras cuidados de enfermagem, com base na designação de cuidados de saúde primários, revelou-se adequado face ao volume assistencial (Apêndice D).

A prática de enfermagem é orientada pelo PNSIJ[3] e pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV)[101], integrando ainda as recomendações mais recentes da DGS, e organiza-se segundo o conceito de enfermagem de referência, privilegiando a continuidade do acompanhamento da criança/família pelo mesmo enfermeiro[83,84] e valorizando-se os princípios dos cuidados centrados na família[19,65] e dos cuidados atraumáticos[19,77]. A articulação com a restante equipa é colaborativa, com a premissa de referenciação para o profissional especialista da área de intervenção em situações de maior complexidade[83,84].

A informação decorrente da prestação de cuidados é sistematizada e incluída no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, no Boletim de Vacinas e no processo de enfermagem em suporte eletrónico, SClinic®, programado em linguagem CIPE®.

III.3.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação seguiu a metodologia definida, com enfoque no desenvolvimento infantil e nas particulares do acompanhamento da criança prematura nos cuidados de saúde na comunidade.

A avaliação rigorosa do desenvolvimento é essencial para a identificação precoce de alterações e para a implementação de intervenções oportunas. O PNSIJ estabelece

a calendarização de consultas em idades-chave, associadas a acontecimentos importantes na vida da criança, bem como aspetos relacionados com a socialização, a alimentação e a escolaridade[3]. Paralelamente, preconiza a avaliação do desenvolvimento, com identificação de sinais de alerta, valorizando o cuidado antecipatório e apresentando atividades promotoras do desenvolvimento[3]. Compete ao EEESIP deter conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, considerando as especificidades e exigências de cada fase do ciclo de vida, assegurando a sua avaliação e promoção e transmitindo orientações antecipatórias adaptadas às necessidades familiares, com vista à maximização da saúde[15,22]. Esta vigilância é determinante para identificar precocemente alterações e garantir encaminhamento atempado para outros níveis de cuidados, em estreita articulação com a Rede de Intervenção Precoce[68].

Neste sentido, observaram-se consultas realizadas em idades-chave e adicionais, em situações específicas, com orientações direcionadas às necessidades da criança/família e o devido encaminhamento quando necessário. Para além da avaliação do crescimento e desenvolvimento, constatou-se a realização de orientações direcionadas às necessidades, bem como cuidados antecipatórios, essencialmente sobre estratégias de promoção do desenvolvimento psicomotor.

Observou-se uma presença significativa de crianças prematuras, cuja vigilância pelos Cuidados de Saúde Primários é também preconizada pelo PNSIJ[3,64]. As consultas de saúde infantil permitem acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, transmitir ensinos que promovem a aquisição de conhecimentos e competências para o cuidado do RN e reforçar a adesão aos cuidados de saúde, contribuindo para a vinculação, a segurança, o aumento ponderal, o desenvolvimento adequado e a prevenção de readmissões hospitalares[64].

A reflexão dos cuidados observados foi ainda orientada pela Teoria das Transições[25], configurando-se a transição do RNP do hospital para os cuidados de saúde na comunidade como uma transição situacional e de saúde/doença, marcado pela vulnerabilidade do RN e pela necessidade de reorganização familiar face a novas exigências, com necessidades específicas de apoio, essenciais para promover respostas adaptativas. Com a reflexão dos cuidados observados identificaram-se fatores facilitadores, como o acompanhamento próximo pela equipa de saúde, mas também fatores inibidores, nomeadamente o desconhecimento, por parte das famílias, do conceito de idade corrigida, gerando ansiedade ao comparar o desenvolvimento da criança apenas pela idade cronológica.

Complementarmente, embora se adote a idade corrigida para a avaliação do crescimento e desenvolvimento e para a realização de cuidados antecipatórios de promoção do desenvolvimento, constatou-se que a avaliação do desenvolvimento das

crianças prematuras tardias carecia de maior atenção, sendo por vezes equiparadas à das crianças de termo. Considerando, também, que muitos não têm seguimento hospitalar diferenciado, foi salientada a necessidade de uma avaliação adaptada a esta população. Identificou-se, ainda, um projeto do EE em Enfermagem de Reabilitação, em fase de implementação, que visa consultas de acompanhamento de crianças com suspeita ou alterações no desenvolvimento, incluindo crianças prematuras sem seguimento hospitalar, com foco na área postural, motora e oromotora. Este projeto reforça a pertinência de aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativo às particularidades do desenvolvimento da criança prematura.

A consulta dos documentos de apoio à prática e, especificamente os mobilizados para a capacitação parental, revelou a inexistência de documentos informativos dirigidos às famílias sobre atividades promotoras do desenvolvimento. Após reflexão com o ESC, conclui-se pertinente elaborar um instrumento informativo dos 0 aos 24 meses, incluindo uma secção especifica para crianças prematuras.

Para complementar o diagnóstico foi aplicado um formulário online à equipa de enfermagem (Apêndice AC), com recurso ao *google forms*, obtendo-se quatro respostas, correspondendo a 100%. A análise dos resultados (Apêndice AD) evidenciou consenso quanto à importância do conhecimento da equipa de enfermagem e consequentemente da capacitação das famílias para a promoção do desenvolvimento das crianças até aos dois anos em geral e especificamente da criança prematura. A totalidade concordou que dotar as famílias de estratégias para a promoção do desenvolvimento infantil é essencial para prevenir complicações. Tanto a disponibilização de instrumentos informativos, dirigidos à família neste âmbito, como a formação da equipa de enfermagem sobre o desenvolvimento do RNP foram unanimemente considerados como essenciais.

Reconhecendo ainda a relevância das competências do EEESIP no domínio da melhoria contínua da qualidade, devendo colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais, foi proposta a integração no projeto de sessões de educação para a saúde (*workshops*), dirigidos aos utentes, com temas baseadas nas necessidades identificadas pela equipa durante as consultas. Encontrava-se já delineado o plano para o ano 2025, sendo sugerida o planeamento e a moderação do *workshop* “Crescer a Brincar - Atividades Promotoras do Desenvolvimento”.

Por fim, por ocasião do Dia Internacional da Família (15 de maio), propôs-se a elaboração de um cartaz informativo de sensibilização para reforçar o papel da família no crescimento e desenvolvimento da criança.

Em síntese, o diagnóstico de situação permitiu identificar lacunas na prática que sustentaram a definição de dois objetivos projetados para a capacitação parental, para

a promoção do desenvolvimento infantil e para o reforço das competências da equipa de enfermagem:

1) **Promover nos pais/cuidadores a adoção de comportamentos promotores do desenvolvimento da criança até aos dois anos;**
2) **Promover o conhecimento da equipa de enfermagem sobre estratégias promotoras do desenvolvimento do recém-nascido prematuro.**

III.3.3. Implementação do plano de projeto

Para a concretização do objetivo **1)** Promover nos pais/cuidadores a adoção de comportamentos promotores do desenvolvimento da criança até aos dois anos**,** recorreu-se aos referenciais teóricos do desenvolvimento infantil, às indicações presentes no PNSIJ e à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, resultando nas seguintes atividades:

1) **Sessão de educação para a saúde - Crescer a Brincar - Atividades promotoras do desenvolvimento** (Apêndice AE)

Elaborou-se um instrumento de apoio à sessão, com recurso ao *Microsoft PowerPoint®,* onde se incluíram conceitos-chave do crescimento e desenvolvimento infantil; fases do desenvolvimento infantil; vigilância do crescimento e desenvolvimento; atividades promotoras do desenvolvimento por faixas etárias até à idade escolar; importância do brincar; seleção de brinquedos seguros e adequados e impacto dos ecrãs no desenvolvimento.

A divulgação foi realizada através dos assistentes técnicos e nas consultas de saúde infantil e juvenil, contando com a presença de cinco pais, um aluno de enfermagem, um profissional de enfermagem e três crianças. A sessão decorreu num ambiente previamente preparado com uma mesa de apoio com brinquedos adequados a diferentes faixas etárias e um tapete de atividades, permitindo às crianças/famílias permanecerem confortavelmente e em segurança. Adotou-se uma metodologia interativa, permitindo exemplificações práticas e esclarecimento de dúvidas, tornando a aprendizagem mais individualizada e próxima da realidade das famílias.

A avaliação da sessão foi realizada através da aplicação de um formulário anónimo, contando com quatro respostas, correspondendo a 80% dos participantes**.** A análise das respostas (Apêndice AF) demonstrou um elevado nível de satisfação, com todos os itens relativos à relevância e utilidade do tema, qualidade e adequação do conteúdo e desempenho do formador a receberam a pontuação máxima. Nos comentários qualitativos, destacaram a clareza da exposição, o uso de recursos didáticos para reforço da aprendizagem e a metodologia interativa. A comparação entre a perceção

inicial e a avaliação final evidenciou um aumento significativo da confiança para aplicar as atividades no contexto familiar, com todos os participantes a reconhecerem a utilidade e aplicabilidade imediata dos conhecimentos adquiridos.

2) **Instrumento informativo - Cuidar, Brincar e Crescer – atividades promotoras do desenvolvimento dos 0 aos 24 meses** (Apêndice AG)

Na sequência da atividade anterior elaborou-se um instrumento informativo em formato de folheto em português e inglês, dirigido às famílias, para assegurar a acessibilidade da informação transmitida em futuras sessões de educação para saúde e destinado a ser mobilizado nas consultas, especialmente quando identificadas necessidades específicas de cuidados antecipatórios neste âmbito.

Estruturado em quatro partes o seu conteúdo incluiu informação sobre marcos do desenvolvimento; estratégias práticas dos 0-12 meses e dos 12-24 meses, onde se incluiu *QR codes* com acesso a documentos complementares com atividades detalhadas; e uma secção dedicada às particularidades do desenvolvimento da criança prematura, com breve explicação sobre as diferenças no seu ritmo de desenvolvimento e com introdução dos conceitos de idade corrigida e cronológica.

O instrumento, aprovado pelo ESP, ESC e EG, foi recebido pela equipa de forma positiva, que valorizou especialmente a inclusão dos *QR codes* como ferramenta para aceder a atividades mais detalhadas. Foi apresentado a duas famílias as quais referiram que o material era apelativo e com linguagem acessível, reforçando a sua aplicabilidade prática e o potencial para apoiar o desenvolvimento da criança de forma mais consciente. Embora inicialmente previsto ser utilizado em todas as consultas, foi integrado quando se identificaram necessidades de cuidados antecipatórios incidiam no desenvolvimento infantil. Adicionalmente, todo o conhecimento adquirido no processo de elaboração foi mobilizado nas interações com as famílias.

3) **Instrumento de sensibilização da importância da família para o crescimento e desenvolvimento da criança - Dia Internacional da Família** (Apêndice AH)

Ainda como atividade enquadrado no mesmo objetivo, e por ocasião do Dia Internacional da Família, foi desenvolvido um instrumento informativo, em formato de folheto, em português e inglês, destinado à sensibilização para a importância da família no desenvolvimento infantil, reforçando os benefícios do tempo de qualidade em família. O conteúdo teve como base as recomendações da OMS e as orientações nacionais da DGS, destacando o papel da família como primeiro espaço de afeto, proteção e segurança, com estímulos adequados para um desenvolvimento saudável[4,16].

Embora inicialmente estivesse previsto a elaboração de um cartaz informativo a afixar na sala de espera, optou-se pela entrega direta em consulta privilegiando a

proximidade com as famílias e possibilitando a contextualização do seu conteúdo. O instrumento foi aprovado pelo ESP, ESC e EG, e mobilizado por toda a equipa de saúde durante o dia da família e nos dias subsequentes. Previamente à sua distribuição, foi explicado à equipa o contexto da sua elaboração, os objetivos da ação e a sua relevância para a promoção do desenvolvimento infantil. Esta atividade permitiu assinalar a data com uma abordagem prática e interativa, promovendo a consciencialização das famílias para a sua função insubstituível.

Para a concretização do objetivo **2)** Promover o conhecimento da equipa de enfermagem sobre estratégias promotoras do desenvolvimento do RNP, procedeu-se a uma revisão da evidência adotando a equação de pesquisa: *(Extremely Premature Infant OR Premature Infant OR Premature) AND ((Growth and Development) OR Child Development OR Developmental Disabilities OR Neurodevelopmental disorders)*, complementada por orientações da OMS, DGS**,** Sociedade Portuguesa de Neonatologia e Standards Europeus do Cuidado ao RN, resultando na seguinte atividade:

1) **Sessão de formação** - **Do Hospital para a Comunidade: o acompanhamento do recém-nascido prematuro nos cuidados de saúde primários** (Apêndice AI)

Para a sessão, dirigida à equipa de enfermagem da área de saúde infantil e juvenil, elaborou-se um documento de apoio, com recurso ao *Microsoft* PowerPoint®. A sessão, com duração de uma hora, contou com a participação dos quatro elementos da equipa de enfermagem, bem como uma estudante de enfermagem, garantindo uma adesão de 100% da equipa-alvo. Incluíram-se como principais conteúdos: desenvolvimento infantil; prematuridade e fatores de risco; relação entre prematuridade e neurodesenvolvimento; morbilidade a curto e longo prazo, particularidades do RNP tardio; impacto da transição do hospital para a comunidade e respetivo acompanhamento pós-alta, evidenciando a intervenção do enfermeiro nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil.

Adotou-se uma metodologia interativa que combinou exposição teórica, discussão em grupo e partilha de casos reais, promovendo a reflexão ao longo da sessão. A reflexão final destacou a necessidade de um acompanhamento diferenciado dos RNP tardios, salientando a importância da atenção acrescida a esta população, e da necessidade de uma eficaz articulação hospital-comunidade. Foi ainda realizada a ligação ao projeto de reabilitação em curso, reforçando o papel do enfermeiro no encaminhamento precoce, e refletida a necessidade de desenvolvimento de um projeto de acompanhamento domiciliário no período pós-alta, evidenciando-se uma preocupação com a continuidade e proximidade dos cuidados.

Aplicou-se um questionário de caracter anónimo para avaliação da sessão, evidenciando-se com a análise das repostas (Apêndice AJ) pontuação máxima em

todos itens relativos à relevância e utilidade do tema, adequação da duração, qualidade do conteúdo, desempenho do formador e organização logística. Nos comentários qualitativos, destacaram-se como pontos fortes a relevância prática da temática, a clareza e dinamismo e o contributo para colmatar lacunas de conhecimento.

Considera-se que a sessão teve um impacto positivo, traduzindo-se no aumento do conhecimento na abordagem ao RNP/família na comunidade, bem como na consciencialização para a importância da capacitação parental e da deteção precoce de alterações no desenvolvimento, garantindo uma intervenção mais célere e eficaz.

Em síntese, as atividades permitiram atingir plenamente os objetivos, tendo a sua concretização demonstrado a capacidade de planear, gerir e intervir na promoção da parentalidade e do desenvolvimento infantil e na adaptação a situações de especial complexidade, como a prematuridade. Traduziram-se num impacto direto na capacitação das famílias e no reforço das competências da equipa de enfermagem, com ganhos na literacia parental, na uniformização de práticas e vigilância diferenciada das crianças prematuras, promovendo simultaneamente equidade numa população marcada por diversidade cultural e socioeconómica.

III.3.4. Competências desenvolvidas

A implementação do plano de projeto, articulando os objetivos específicos transversais e específicos para este contexto, permitiu o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre em diferentes domínios.

A observação participada nas consultas de vigilância, dos 15 dias aos dois anos, consolidou as competências do EEESIP **"assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"**[22, p.19192] e **"presta de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem"**[22, p.19192]. A preparação prévia com base nos documentos orientadores da DGS sustentou uma prática rigorosa no acompanhamento da criança e família.

As intervenções incidiram na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento, na promoção da vinculação e da parentalidade, na prevenção da doença e no cumprimento do PNV, permitindo intervir nas transições de desenvolvimento e apoiar as famílias na adoção de práticas promotoras de saúde, bem como identificar desvios ao crescimento e desenvolvimento, assegurando intervenções oportunas e referenciação atempada (E1.1; E1.2; E3.1; E3.2; E3.3). O acompanhamento de crianças com condições de saúde complexas exigiu uma abordagem diferenciada e sensível, reforçando a vigilância rigorosa, o apoio à adaptação da família, a adequação do suporte comunitário e a articulação com os

diferentes níveis de cuidados (E1.1; 2.5). No âmbito do PNV, participei no planeamento da vacinação, identificando situações que exigiram adaptações, bem como na administração, aplicando estratégias de minimização da dor e envolvendo a família durante o procedimento, reforçando o empoderamento parental e garantindo ensinos antecipatórios (E2.2). Integraram-se também os projetos em curso no contexto, com destaque para as consultas com o EE em Enfermagem de Reabilitação e para as sessões de educação para a saúde, como o 1º *workshop* "Cuidar do meu bebé" e o 1º curso de massagem infantil, reforçando competências pedagógicas, de comunicação e de planeamento/avaliação de intervenções.

A concretização dos objetivos específicos deste contexto contribuiu, de forma complementar, para as três competências do EEESIP[22]. As intervenções incidiram na maximização do potencial de desenvolvimento, ao capacitar as famílias para promover o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1). Simultaneamente, estabeleceu-se uma parceria de cuidados promotora da parentalidade, através da transmissão de conhecimentos potenciadores de saúde e treino de habilidades que favoreceram a assunção do papel parental. Estas intervenções integraram uma comunicação clara e culturalmente sensível, ajustada ao estádio de desenvolvimento e adotando estratégias motivadores que potenciaram o envolvimento parental e a eficácia dos ensinos (E1.1; E3.3). Paralelamente, potenciou-se competências no cuidado à criança e família em situações de especial complexidade, apoiando a equipa de enfermagem na identificação de necessidades especiais e eventuais incapacidades, reforçando a importância da relação terapêutica, bem como da adequação do suporte familiar e comunitário e da referenciação precoce (E2.5).

No âmbito das competências do EE destacam-se a consolidação das competências dos domínios da **Melhoria Contínuo da Qualidade**[72], da **Gestão dos Cuidados**[72] e do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**[72]. As atividades e a observação participada contribuíram para a otimização dos processos de cuidados (C1.1), facilitação da aprendizagem em contexto de trabalho (D2.1), sustentadas numa prática clínica baseada na evidência (D2.2) e orientadas para a melhoria contínua da qualidade (B1.1). Também a integração de atividades no âmbito do programa de melhoria contínua da qualidade permitiu mobilizar competências relacionadas com a colaboração em projetos institucionais (B1.2, B2)

Evidenciou-se, ainda, o desenvolvimento de competências de mestre[72], ao integrar conhecimento científico, técnico, ético e cultural na observação participada, com recurso a julgamento clínico fundamentado. As atividades implementadas refletiram uma prática baseada na evidência e orientada para a melhoria contínua da qualidade, assumindo um papel proativo na equipa e nos projetos.

IV. Considerações finais

O presente percurso formativo desenvolvido ao longo do curso de mestrado permitiu a aquisição e consolidação de competências de mestre, comuns e específicas do EEESIP, refletindo-se na melhoria efetiva da qualidade dos cuidados prestados. Nos dois módulos das UC de Estágio de Natureza Profissional com Relatório, a diversidade de experiências permitiu acompanhar crianças, jovens e famílias em distintos momentos do ciclo de vida e em variadas transições, assegurando a integração de conhecimento científico, técnico e relacional e a concretização dos objetivos delineados.

No âmbito da temática central do projeto, alicerçada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, evidenciou-se a presença constante do RN/família em todos os contextos de saúde, vivenciando transições que exigiram intervenção especializada, centrada na família e em parceria com esta. Foram identificados fatores facilitadores, como o acompanhamento próximo da equipa, o acesso a informação clara, o envolvimento parental e os recursos comunitários e redes de apoio, e inibidores, como a alta precoce sem preparação adequada, a ausência de uniformização no planeamento da alta, défices de literacia em saúde, ansiedade parental e barreiras socioeconómicas e linguísticas. A teoria de Meleis mostrou-se particularmente pertinente, sustentando estratégias de capacitação parental, sistematização do planeamento da alta, promoção de cuidados neuroprotetores e articulação entre hospital e comunidade, de modo a favorecer transições seguras e integradoras.

A análise crítica e reflexiva das práticas permitiu identificar oportunidades de melhoria e necessidades dos RN, famílias e profissionais. A elaboração do diagnóstico de situação em cada contexto fundamentou o plano de projeto orientado para a maximização da saúde do RN/família, a prestação de cuidados em situações de especial complexidade e a resposta às necessidades do ciclo de desenvolvimento. A sua concretização traduziu-se na elaboração de instrumentos informativos e educativos, documentos estruturantes da prática e dinamização de momentos formativos, contribuindo para a sistematização dos cuidados ao RN, a promoção da vinculação, da parentalidade e do desenvolvimento e a integração da família como parceira no cuidado, respondendo de forma efetiva às transições vividas pelo binómio.

A capacitação parental assumiu-se como estratégia fundamental para a facilitação das transições, promovendo adaptação positiva ao papel parental e garantindo cuidados centrados no desenvolvimento e na família, com ganhos evidentes na vinculação, autoconfiança e continuidade dos cuidados. A diversidade cultural, transversal aos contextos, emergiu como um desafio para a prestação de cuidados de qualidade, essencialmente quando a barreira linguística era identificada, adotando-se estratégias

como o recurso a sistemas telefónicos e aplicações informáticas de tradução e planeamento das atividades de forma culturalmente sensível, garantindo a inclusão das famílias migrantes e a equidade nos cuidados prestados.

Os ganhos evidenciaram-se em diferentes dimensões: para as crianças/famílias, através da valorização da família como cuidadora primária, do fortalecimento do vínculo, da promoção da autonomia e confiança, do desenvolvimento de competências parentais e práticas responsivas e da otimização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil; para os profissionais, pela atualização de conhecimentos, adoção de estratégias baseadas em evidência e integração de referenciais teóricos na prática, uniformização e sistematização das práticas; e para a Enfermagem, pelo contributo para uma prática baseada na evidência, mais humanizada e valorizadora do papel do EEESIP enquanto agente promotor da saúde do desenvolvimento infantil. Apesar das limitações, como a não concretização plena de algumas atividades planeadas, estas foram colmatadas por estratégias alternativas que asseguraram a pertinência e continuidade das atividades.

Este percurso traduziu-se igualmente em crescimento pessoal e profissional, fortalecendo competências técnicas, relacionais, reflexivas, de pensamento crítico, de liderança e de investigação, características essenciais da prática avançada em enfermagem. Ainda, o mais recente convite para integrar a comissão organizadora de um evento científico constituiu reconhecimento da qualidade do trabalho desenvolvido.

O percurso realizado permite projetar a continuidade do trabalho desenvolvido em diferentes horizontes temporais. A médio prazo, perspetiva-se reforçar a sistematização de práticas de cuidados centrados no desenvolvimento com a realização do nível II do curso *Family and Infant Neurodevelopmental Education* (FINE 2) e com desenvolvimento de um programa de melhoria contínua da qualidade no âmbito dos cuidados neuroprotetores. A longo prazo, destaca-se o compromisso com a investigação e a formação contínua que sustentem práticas equitativas e de excelência.

Esta transição de enfermeira de cuidados gerais em formação para EEESIP, reflete os pressupostos da Teoria das Transições de Meleis, pela aquisição de novos papéis, pelo fortalecimento da identidade profissional e pelo desenvolvimento de competências avançadas, críticas e reflexivas. Em síntese, o percurso permitiu não só o alcance dos objetivos definidos, mas também consolidar um compromisso ético com uma prática especializada centrada na criança, no jovem e na família, contribuindo para a valorização da Enfermagem enquanto ciência e profissão.

V. Referências bibliográficas

1. Franklin Q, Prows C. Influências Genéticas e de Desenvolvimento na Promoção de Saúde da Criança. In: Hockenberry M, Willson D. Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. 215-267 p.;
2. Ordem dos Enfermeiros. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2010 setembro [cited 2025 feb 05]; Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf
3. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [Internet]. 2013 jun [cited 09 jun 2025]. Available from: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx
4. United Nations Children's Fund. Desenvolvimento infantil [Internet]. Brasília: UNICEF; [cited 2025 feb 05]. Available from: https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil
5. Vilaça S, Ramos M, O Recém-nascido. In: Ramos AL, Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2020. p. 105-116.
6. Wheeler BJ. Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência; 2014. 240-293 p.
7. United Nations Children's Fund. Mortalidade infantil atinge mínima histórica em 2022, relatório da ONU [Internet]. Brasília: UNICEF Brasil; 2024 [cited 2025 jan 20]. Available from: https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mortalidade-infantil-atinge-minima-historica-em-2022-relatorio-da-onu
8. World Health Organization. Born too soon: decade of action on preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 oct 21]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890
9. World Health Organization. Neonatal mortality rate (per 1,000 live births) [Internet]. WHO Maternal, Newborn, Child, Adolescent and Ageing data platform; [cited 2025 jul 20]. Available from: https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births)
10. Business Council for Sustainable Development. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Objetivo 3 Saúde de Qualidade: Garantir o acesso à saúde de

qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades [Internet]. Lisboa: BCSD Portugal; [cited 2025 jul 20]. Available from: https://ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/

11. Askin DF, Wilson D. Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência; 2014. 331-441 p.
12. Coughlin, M. Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care. New York, United States of America: Springer Publishing Company; 2014
13. Sousa FM, Curado MA. Fatores preditores do stress parental nas unidades de neonatologia estudo de pré-validação da ESAPUN. Pensar Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2025 jan 26]; 24(1): 17-26 Available from: https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i1.166
14. World Health Organization. WHO Recommendations for care of the preterm or low birth weight infant [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. [cited 2024 oct 26]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262
15. Regulamento nº 351/2015. Diário da República, 2.ª série, n.º 119, de 22 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem [Internet]. Lisboa: Diário da República; 2015 Jun 22 [cited 2025 feb 03]. Available from: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf
16. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [cited 2024 oct 26]. Available from: https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/nurturing-care
17. World Health Organization. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 feb 02]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331306/9789240002098-eng.pdf?sequence=1
18. European Standards of Care for Newborn Health. [Internet]. 2023 [cited 2024 oct 30]. Available from: https://newborn-health-standards.org/downloads/
19. Hockenberry MJ, Barrera P. Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência; 2014. 1-20 p.

20. Ramos A. A Criança e o Jovem como Foco de Cuidados: Empoderamento da criança, Jovem e Família. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ªed. Lisboa: Lidel; 2020. 13-23 p.
21. Paz I. Outros. In: Tuna ML, Loio P, Pinto CG, Salazar A, Santos E, Aguiar M, Marçal M, Prior AR, Vieira F, Malveiro D, Maria AT, Correira C. Neonatologia Manual Prático. 3ª ed. Lisboa: Associação Pediátrica de São Francisco Xavier; 2019. 349-368 p.
22. Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: II Série, nº133 [Internet] 2018. [cited 2025 jul 12] 19192-19194p. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pd
23. Institute for Patient and Family Centered Care. Advancing the Practice of patient-and- family-centered Care in Hospitals. How to Get Started...Bethesda: Institute for Patient and Family Centered Care [Internet]. 2017 [cited 2024 nov 05]; 1-22. Available from: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
24. Sousa P, Paiva A, Pereira F, Parente P, Sousa P. O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. Cadernos de saúde [Internet]. 2023 [cited 2024 oct 28]; 15(1): 4-7. Available from: https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/11580
25. Meleis A. I. Transitions Theory – Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reserch and Practice. 4ª Edição. Nova Iorque: Springer Publishing Company. 2010
26. Ordem dos Enfermeiros. CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Internet]. Lusodidacta: Ordem dos Enfermeiros. 2011 fevereiro [cited 2025 feb 05]; Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf
27. Ministério da Saúde. Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para pais e cuidadores [Internet]. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada; 2023 [cited 2025 feb 01]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_neuropsicomotor_estimulacao_guia_pais.pdf
28. Prior C, Temudo T. Neurologia e neurodesenvolvimento. In: Afonso AC, Carvalho C, Proença E, Costa L. Neonatologia – Formação Avançada. Lisboa: Lidel; 2024. 3-45 p.

29. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. WHO; 2023 maio 11 [cited 2024 oct 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
30. Carvalho C, Veloso JP. Prematuridade, viabilidade e questões éticas em Neonatologia. In: Afonso AC, Carvalho C, Proença E, Costa L. Neonatologia – Formação Avançada. Lisboa: Lidel; 2024. 429-458 p.
31. Ramos M, Vilaça S, Mendes G. O Recém-nascido Pré-termo. In: Ramos AL, Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ªed. Lisboa: Lidel; 2020.117-134 p.
32. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Manual completo de Neonatologia [Internet]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; 2016 [cited 2024 oct 20]. Available from: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf
33. Tamez R. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
34. Kvaratskhelia N, Rurua N, Vadachkoria SG. Biomedical and Psychosocial Determinants of Early Neurodevelopment After Preterm Birth. Glob Pediatr Health [Internet]. 2023 [cited 2024 oct 30]; Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36968456/ doi:10:2333794X231160366
35. Zivaljevic J, Jovandaric MZ, Babic S, Raus M. Complications of Preterm Birth-The Importance of Care for the Outcome: A Narrative Review. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2024 [cited 2024 oct 30]; 60(6):1014. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38929631/ doi: 10.3390/medicina60061014
36. Leite AM, Fonseca LM, Guarda LE, Machado GC, Balaminut T, Scochi CG. Cuidado Desenvolvimental ao Recém-Nascido Pré-Termo In: Gaiva MA, Rodrigues EC, Toso BR, Mandetta MA. Cuidado Integral ao Recém-Nascido Pré-termo e à Família. São Paulo: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras; 2021. 86-115
37. Lacalle L, Martínez-Shaw ML, Marín Y, Sánchez-Sandoval Y. Intelligence Quotient (IQ) in school-aged preterm infants: A systematic review. Front Psychol [Internet]. 2023 Jul 25 [cited 2024 oct 30]; 14:1216825. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37560105/ doi: 10.3389/fpsyg.2023.1216825
38. Valentim NC, de Borba LS, Panceri C, Smith BA, Procianoy RS, Silveira RC. Early Detection of Cognitive, Language, and Motor Delays for Low-Income Preterm Infants: A Brazilian Cohort Longitudinal Study on Infant Neurodevelopment and Maternal Practice. Front Psychol [Internet]. 2021 [cited

2024 oct 30]; 12:753551. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34777151/ doi: 10.3389/fpsyg.2021.753551

39. Altimier L, Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. Newborn & Infant Nursing Review [Internet]. 2016 [cited 2024 oct 30]; 16:220-240 Available from: http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030
40. Bohr BR. McGowan EC, Bann C, Das A, Higgins R, Hintz S. Association of High Screen-Time Use With School-age Cognitive, Executive Function, and Behavior Outcomes in Extremely Preterm Children. JAMA Pediatr [Internet]. 2021 [cited 2025 jun 30]; 175(10):1025-1034. Available from: jamapediatrics.2021.2041
41. Altunalan T, Sarı Z, Doğan TD, Hacıfazlıoğlu NE, Akman İ, Altıntaş T, Uzer S, Akçakaya NH. Early developmental support for preterm infants based onexploratory behaviors: A parallel randomized controlled study. Brain Behav [Internet]. 2023 nov [cited 2024 oct 30]; 13(11):e3266. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37798860/ doi: 10.1002/brb3.3266.
42. Larsson J, Nyborg L, Psouni E. The Role of Family Function and Triadic Interaction on Preterm Child Development-A Systematic Review. Children (Basel) [Internet]. 2022 [cited 2024 oct 30]; 9(11):1695. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36360423/ doi: 10.3390/children9111695.
43. Vitale FM, Chirico G, Lentini C. Sensory Stimulation in the NICU Environment: Devices, Systems, and Procedures to Protect and Stimulate Premature Babies. Children (Basel) [Internet]. 2021 apr 25 [cited 2024 oct 30]; 8(5):334. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33923031/ doi: 10.3390/children8050334.
44. Moe AM, Kurilova J, Afzal AR, Benzies KM. Effects of Alberta Family Integrated Care (FICare) on Preterm Infant Development: Two Studies at 2 Months and between 6 and 24 Months Corrected Age. J Clin Med [Internet]. 2022 [cited 2024 oct 30]; 11(6):1684. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35330009/ doi: 10.3390/jcm11061684. PMID: 35330009; PMCID: PMC8952230.
45. Rugolo LM. Avaliação do desenvolvimento. In: Silveira RC, Moreira LM, Sadeck LS, Chermont AG et al. Manual de seguimento do Recém-nascido de alto risco. 2ªed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2024
46. Bilé A, Malveiro D, Aguiar M, Pinto CG. Preparação da alta e seguimento do prematuro. In: Tuna ML, Loio P, Pinto CG, Salazar A, Santos E, Aguiar M, Marçal M, Prior AR, Vieira F, Malveiro D, Maria AT, Correira C. Neonatologia Manual Prático. 3a ed. Lisboa: Associação Pediátrica de São Francisco Xavier; 2019. 333-345 p.

47. Lee HN, Cho H. Effectiveness of Nicu nurses' competence enhancement program for developmentally supportive care for preterm infants: A quasi-experimental study. Heliyon [Internet]. 2023 [cited 2024 oct 30]; 9(1):e12944. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36747928/ doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e12944.
48. Lee H, Parque JH, Cho H. Analysis of research on developmentally supportive care for prematurity in neonatal intensive care unit: a scoping review. Child Health Nurs Res [Internet]. 2022 [cited 2024 oct 30]; 28(1):9-22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35172077/ doi: 10.4094/chnr.2022.28.1.9
49. Santos AO. NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... Nascer e Crescer [Internet]. 2011 [cited 2024 jan 26]; XX(1): 26-31 Available from: https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf
50. Warren I, Reimer M, Heijden E, Conneman N. Fine: Family And Infant Neurodevelopmental Education Nível 2. Competências Práticas para os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na Família. 1ªed. FINE Partnership; 2015
51. Warren I. Fine: Family And Infant Neurodevelopmental Education Nível 1. Conceitos e Ferramentas Básicas para os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na Família. 1ªed. FINE Partnership; 2015
52. Hockenberry MJ. A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência; 2014. 49-81 p.;
53. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 dezembro [cited 2025 feb 01]; Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
54. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development [Internet]. New York: Basic Books; 1988 [cited 2025 jan 10]. Available from: https://www.increaseproject.eu/images/DOWNLOADS/IO2/HU/CURR_M4-A13_Bowlby_(EN-only)_20170920_HU_final.pdf
55. Liu M, Xu Y, Li Y. Effects of Family Participatory Nursing on Clinical Outcomes of Premature Infants in NICU and Families' Psychological Status. Contrast media & molecular imaging [Internet]. 2022 jul 5 [cited 2024 oct 28]; 2022:7420909.

Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=35854782&lang=pt -pt&site=ehost-live

56. Park JH, Lee H, Cho H. Analysis of the supportive care needs of the parents of preterm children in South Korea using big data text-mining: Topic modeling. Child Health Nurs Res [Internet]. 2021 Jan [cited 2024 oct 28]; 27(1):34-42. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8650870/ doi: 10.4094/chnr.2021.27.1.34.
57. Kim AR, Tak YR, Shin YS, Yun EH, Park H, Lee HJ. Mothers' Perceptions of Quality of Family-Centered Care and Environmental Stressors in Neonatal Intensive Care Units: Predictors of and Relationships with Psycho-emotional Outcomes and Postpartum Attachment. Maternal and Child Health Journal [Internet]. 2020 [cited 2024 oct 28]; 24:601-61. Available from: https://doi.org/10.1007/s10995-020-02876-9
58. Reis DB, Sampaio, Rocha AD. Guidelines for neonatal hospital discharge in a referral hospital: parents perception. Rer Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [cited 26 feb 2025]; 13(3): e202435. Avalaible from: https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.7021
59. Carvalho NA, Santos JD, Sales IM, Araújo AA, Sousa AS, Morais FF, Rocha SS. Care transitions of preterm infants: from maternity to home. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [cited 26 feb 2025]; 34:eAPE02503. Avalaible from: http://dx.doi.org/10.37689/acta- ape/2021AR02503
60. Bater ML, Stark MJ, Gould JF, Anderson PJ, Collins CT. Parent concerns for child development following admission to neonatal intensive or special care: From birth to adolescence. J Paediatr Child Health [Internet]. 2022 [cited 2024 oct 26]; 58(9):1539-1547. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35661453/ doi: 10.1111/jpc.16030.
61. Ramos A. A Criança e o Jovem como Foco de Cuidados: Empoderamento da criança, Jovem e Família. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ªed. Lisboa: Lidel; 2020. 13-23 p.;
62. Fernandes I, Andrade L. Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ªed. Lisboa: Lidel; 2020. 82-9 p.
63. Ferreira RC, Alves CRL, Guimarães MAP, Menezes KKP, Magalhães LC. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2020

[cited 2024 oct 30]; 96(1):20-38. Avalaible from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31254528/ doi: 10.1016/j.jped.2019.05.002

64. Neto FM. Redes de atenção à saúde: realidade de Portugal no acompanhamento do prematuro, após alta hospitalar. Journal of Nursing and Health [Internet]. 2023 [cited 2024 oct 18]; 13(nesp):e22136347 Available from: https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/24919
65. Cerqueira C, Barbieri-Figueiredo MC. Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ªed. Lisboa: Lidel; 2020. 26-38 p.
66. Loureiro FM, Antunes AV, Charepe ZB. Concepções teóricas de enfermagem nos cuidados à criança hospitalizada. scoping review. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2021 [cited 2024 mar 30]; 74(3) ee20200265. Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/Y4mcdwRLQPB6V8W8mT96RLQ/?format=pdf&lang=pt
67. O'Connor S, Brenner M, Coyne I. Family-Centred Care of Children and Young People in the acute hospital setting: A concept analysis. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2019 [cited 2024 mar 30]; 28: 3353-3367. Available from: https://doi.org/10.1111/jocn.14913
68. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. Relatório sobre a Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008. [Internet]. 1ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde; 2009 maio. [cited 2024 nov 18]; Available from: https://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf
69. Serpil I, Zehra KO, Çağla M, Sultan MO, Nazmiye M. An Example of Good Practice Related to Child-Family Friendly Hospital in Türkiye: A Cross-Sectional Study. Turkiye Klinikleri. Journal of Nursing Sciences [Internet]. 2023 [cited 2024 mar 30]; 15(4): 941-950. Available from: https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=511f777d-eaed-4518-b96f-ed153c94e0f5%40redis doi: 10.5336/nurses.2022-91694
70. Lee J, Choi M. Impact of Pediatric Nurses' Nursing Professionalism on Quality of Nursing Care: Double Mediating Effect of Clinical Decision Making and Pediatric Nurse-Parent Partnership. Korean Academy of Nursing Administration [Internet]. 2023 [cited 2024 mar 30]; 30 (1): 55-66. Available from: https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=511f777d-eaed-4518-b96f-ed153c94e0f5%40redis doi: https://doi.org/10.11111/jkana.2024.30.1.55

71. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, nº 26 [Internet] 2019. [cited 2025 jul 12] 4744-4750p. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf
72. Regulamento n.º 705/2021, de 27 de julho, do Diário da República. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem artigo 7.º. Diário da República n.º 144/2021, Série II. [Internet] 2021. [cited 2025 jul 12] p. 122-129. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248
73. Olímpio JA, Araújo JN, Pitombeira DO, Enders BC, Sonenberg A, Vitor AF. Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual [Internet]. 2018 [cited 2025 jul 20]; 31(6):674-80 Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800092
74. Sousa C, Gonçalves G, Reis M, Santos JV. Evidências métricas da Adaptação da Escala de Inteligência Cultural numa Amostra Portuguesa. Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica [Internet]. 2015 [cited 2024 ap 24]; 28(2) 232-241. Available from: https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528203
75. Rahimaghaee F, Mozdbar R. Cultural intelligence and its relation with professional competency in nurses. Nursing Practice Today. [Internet]. 2017 [cited 2024 ap 27]; 4(3) 115-124. Available from: https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/243
76. Lopes JC, Santos MC, Matos MS, Ribeiro OP. Multiculturalidade: Perspectivas de Enfermagem – Contributos para melhor cuidar. 1ªed. Loures: Lusociência. 2008. 5-185 p.
77. Fernandes A. Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ªed. Lisboa: Lidel; 2020. 40-55 p.
78. Ordem dos Enfermeiros. Deontologia Profissional de Enfermagem [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [cited 2024 nov 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
79. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98) [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; [cited 2024 nov 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf
80. Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança Hospitalizada (5ª edição). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança; 2017 julho [cited 2024 nov 20]; Available from: https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/carta-crianca-hospitalizada-5-edicao.pdf

81. Instituto de Apoio à Criança. Carta da criança nos cuidados de saúde primários [Internet]. Lisboa: IAC; 2021 [cited 2025 jan 10]. Available from: https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf
82. Decreto-Lei nº15/2014, de 21 de março, do Diário da República nº 57/2014, Série I. [Internet]. 2014. [cited 2024 nov 20] p. 2127-2131. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943
83. Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A, Capítulo 3 – Métodos de Trabalho para a Prestação de Cuidados de Enfermagem. In: Parreira P, Queirós PJP, Oliveira A. Gestão nas Organizações de Saúde Volume 2 – Pessoas, Formação e Desenvolvimento Profissional. [Internet] 2ª ed. Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio as Cuidados de Saúde dos Pequenitos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas: 2022. p. 147 – 193 [cited 2024 dec 28]. Available from: https://books.google.pt/books?id=3IaIEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
84. Ventura-Silva JM, Martins MM, Trindade L de L, Ribeiro OM, Cardoso MF. Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. Journal Health NPEPS [Internet]. 2021 [cited 2024 dec 28]. 6(2): 278-295. Available from: https: http://dx.doi.org/10.30681/252610105480
85. Görgen ES. Transição de cuidados: a percepção materna sobre a comunicação entre as equipes da Unidade de Neonatologia e Unidade de Internação Pediátrica [Trabalho de Conclusão de Residência]. [Porto Alegre]: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2021. Available from: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/218991/001122981.pdf?sequence=1
86. Ordem dos Enfermeiros. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátria – VOLUME III [Internet]. 1ªed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011 fevereiro [cited 2025 feb 24]; Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_vol_iii.pdf
87. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 002/2018. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018 jan [cited 2024 dec 20]. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf
88. Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, da Ordem dos Enfermeiro. Regulamento das condições de trabalho dos profissionais de saúde. Diário da

República: série II, n.º 191 [Internet]. 2019 [cited 2024 nov 28] Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

89. Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 fev [cited 2024 nov 28] Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf
90. Jacob E. Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência; 2014. 188-239 p.
91. Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 014/2010 de 14 de dezembro de 2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças [Internet] Lisboa: DGS; 2010 [cited 2024 feb 03]. Available from: https://nocs.pt/dor-pediatrica/
92. Ordem dos Enfermeiros. Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Série I - Número 6 [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013 [cited 2025 apr 05]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
93. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0-28 dias). Orientação nº 024/2012 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012 [cited 2025 ap 5]. Available from: https://nocs.pt/dor-recem-nascidos/
94. Portaria n.º 23/2025/1, de 29 de janeiro. Diário da República, Série I, n.º 20/2025. Portaria que estabelece a reorganização da resposta à doença aguda em idade pediátrica [Internet]. Lisboa: Diário da República; 2025 Jan 29 [cited 2025 mar 29]. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/23-2025-905320614
95. Ministério da Saúde de Portugal. Rede de Referenciação Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia [Internet]. Lisboa: SNS; 2023. [cited 2025 jan 26] Avalaible from: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf
96. Regulamento º 743/2019, de 25 de setembro, da Ordem dos Enfermeiro. Regulamento das condições de trabalho dos profissionais de saúde. Diário da República: série II, nº 191 [Internet]. 2019 [cited 2024 nov 28] Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

97. Huang Y, Zhou L, Abdillah H, Hu B, Jiang Y. Effects of swaddled and traditional tub bathing on stress and physiological parameters of preterm infants: A randomized clinical trial in China. Journal of Pediatric Nursing [Internet]. 2022 [cited 2025 feb 06]; 64: 154-158 Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882-5963(21)00361-4
98. Ordem dos Enfermeiros. Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários [Internet]. OE; 2020 mai 27 [cited 2025 jan 7]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/notícias/conteudos/dimensões-do-cuidar-nos-cuidados-de-saúde-primários/
99. World Health Organization. Primary health care [Internet]. Geneva: WHO; 2025 mar 26 [cited 2025 jun 12]. Available from: https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care
100. Decreto-Lei nº 118/2014. Diário da República nº 149/2014, série I [Internet]. 2014 ago 20 [cited 2025 jan 7]. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561
101. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 018/2020, de 27 de setembro de 2020: Programa Nacional de Vacinação 2020 [Internet]. Lisboa: DGS; 2020 [cited 2025 jan 06]. Available from: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx

APÊNDICES

Apêndice A – Fluxograma de metodologia (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA)*

Apêndice B – Cronograma de Atividades do Estágio de Natureza Profissional - Módulo I

Apêndice C – Guião de apoio à recolha de informação

Apêndice D – Caracterização dos contextos de estágio

Apêndice E - Plano de projeto

Apêndice F – Cronograma de atividades do Estágio de Natureza Profissional – Módulo II

Apêndice G – Resumo revisão sistemática da literatura: Inteligência cultural dos enfermeiros nos cuidados às crianças/jovens e famílias imigrantes

Apêndice H – Formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Internamento de Pediatria

Apêndice I – *Qrcode* com acesso ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Internamento de Pediatria

Apêndice J – Análise das respostas ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Internamento de Pediatria

Apêndice K – Orientação técnica - Planeamento de Alta de Enfermagem do Recém-Nascido no Departamento de Pediatria

Apêndice L – *Checklist* de competências parentais adquiridas durante a hospitalização

Apêndice M – Instrumento informativo - Guia para pais - Preparar a alta do recém-nascido

Apêndice N – Folha de sumário e Sessão de formação - Continuidade de cuidados e planeamento de alta do recém-nascido - Departamento de Pediatria

Apêndice O – Orientação técnica - Gestão da dor do recém-nascido na Urgência de Pediatria

Apêndice P - Cartaz informativo - Estratégias de conforto para o seu bebé na Urgência de Pediatria e Vídeo informativo - Saiba como confortar o seu bebé na Urgência de Pediatria

Apêndice Q - Folha de sumário e Sessão de formação - Gestão da dor do recém-nascido na Urgência de Pediatria

Apêndice R – Formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Neonatologia

Apêndice S – Análise das respostas ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Neonatologia

Apêndice T – Orientação técnica - Gestão da dor e do *stress* do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice U – Instrumento informativo - Comunicar com o bebé na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice V – Folha de sumário e Sessão de formação - Gestão da dor e do *stress* na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice W – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de formação - Gestão da dor e do *stress* na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice X – Procedimento técnico - Banho total enfaixado na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice Y – Folha de sumário e Sessão de formação - Banho total enfaixado – Uma técnica promotora do neurodesenvolvimento do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice Z – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de formação - Banho total enfaixado – Uma técnica promotora do neurodesenvolvimento do recém-nascido na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice AA – Solicitação de substituição de campainha sonora por sistema luminoso

Apêndice AB – Substituição de campainha sonora por sistema luminoso

Apêndice AC – Formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de Cuidados na Comunidade

Apêndice AD – Análise das respostas ao formulário de identificação das necessidades da equipa de enfermagem no contexto de cuidados na comunidade

Apêndice AE – Folha de sumário e Sessão de educação para a saúde - Crescer a Brincar - Atividades promotoras do desenvolvimento

Apêndice AF – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de educação para a saúde - Crescer a Brincar - Atividades promotoras do desenvolvimento

Apêndice AG – Instrumento informativo - Cuidar, Brincar e Crescer – atividades promotoras do desenvolvimento dos 0 aos 24 meses

CARE, PLAY AND GROW

Apêndice AH – Instrumento informativo de sensibilização do Dia Internacional da Família

Apêndice AI – Folha de sumário e Sessão de formação - Do Hospital para a Comunidade: o acompanhamento do recém-nascido prematuro nos cuidados de saúde primários

Apêndice AJ – Análise das respostas ao formulário de avaliação da sessão de formação - Do Hospital para a Comunidade: o acompanhamento do recém-nascido prematuro nos cuidados de saúde primários

ANEXOS

Anexo A – Certificados de participação e de co-autora de um póster científico apresentado no 2.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança

Anexo B - Certificados de participação e autora de um póster científico apresentado no IX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermagem Pediátrica e Neonatal

Anexo C - Certificados de participação e autora de um póster científico apresentado no II Seminário Internacional de Mestrados em Enfermagem da ESSCVP Lisboa

Anexo D - Certificado de participação no Nível I do curso *Family and Infant Neurodevelopmental Education* (FINE I)

Anexo E - Certificado de participação no Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátricos

Anexo F - Sinais de Alarme no Recém-Nascido