Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Da Neonatologia para Casa: Cuidados de Enfermagem Facilitadores da Transição

From Neonatology to Home:
Nursing Care to Facilitate the Transition

Ana Isabel Morais Montoito

Lisboa

2024

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Da Neonatologia para Casa: Cuidados de Enfermagem Facilitadores da Transição

From Neonatology to Home:
Nursing Care to Facilitate the Transition

Ana Isabel Morais Montoito

Orientadora: Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Ao Paulo, pelo companheirismo, apoio e tolerância nas ausências.

Ao Pedro e à Margarida, pelo seu amor, inocência e por não me deixarem esquecer o mais importante.

À minha Mãe e à minha Irmã por me apoiarem incondicionalmente.

A ti Pai que, mesmo longe, és o meu exemplo de força e coragem.

Aos Recém-Nascidos hospitalizados na Neonatologia, por me ensinarem o que é resiliência e superação e por me motivarem a ser e fazer melhor.

À professora Sónia Colaço, pelo acompanhamento ao longo deste percurso.

À professora Alice Curado, por incitar desde cedo a vontade incessante de fazer mais e melhor.

À Margarida Seoane, amiga e companheira neste caminho, porque a partilha e entreajuda foram essenciais à consecução deste projeto.

À Rita Pereira e à Eva Ferreira, pela amizade, apoio, orientação, revisão, com vocês fica tudo mais fácil.

À restante Família, Amigos e Colegas de Trabalho, pela incentivo e apoio.

Aos Utentes e Enfermeiros com quem partilhei este caminho, por o enriquecerem e lhe trazerem sentido com as experiências vividas.

Agradeço a todos, de coração.

Resumo

A sobrevivência de Recém-Nascidos extremamente prematuros e gravemente doentes exige a sua hospitalização na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o que conduz a implicações na vivência das transições para a parentalidade e do hospital para casa. Neste sentido, reconhecer as necessidades dos pais e dar-lhes resposta constituem intervenções chave para a facilitação da transição para a parentalidade e, consequentemente, da transição para casa, com reflexo positivo nos resultados em saúde da criança e família. Sendo que, a estruturação de programas de apoio a este processo pode ajudar a padronizar este cuidado, diminuindo a variabilidade e as omissões frequentemente existentes.

O presente relatório tem como objetivos evidenciar as aprendizagens conseguidas nos diferentes contextos de estágio, através da exposição crítica e sustentada das atividades desenvolvidas e do seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, perspetivando uma prática de enfermagem de excelência. A par do desenvolvimento de competências, investiu-se no estudo do fenómeno da transição do RN e sua família, da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais para a casa, com o objetivo de identificar terapêuticas de enfermagem facilitadoras da mesma e elaborar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, que fundamente e uniformize o acesso a cuidados de excelência, com reflexo nos resultados de saúde da criança e família e na redução dos reinternamentos e recurso a serviços de urgência.

Ao longo deste percurso académico e profissional, bem como na escrita do presente relatório, evidencia-se um cuidado de enfermagem sustentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, permeada pela filosofia de cuidados pediátricos, nomeadamente os Cuidados Centrados na Família, Cuidados Não Traumáticos e promotores do desenvolvimento. A metodologia mobilizada na consecução deste percurso foi a metodologia de projeto, com uma tónica predominantemente reflexiva e sustentada na investigação.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Recém-Nascido; Parentalidade; Transição do Hospital para Casa; Neonatologia

Abstract

The survival of extremely premature and seriously ill newborns requires their hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit, which has implications for the experience of the transitions to parenthood and from hospital to home. In this sense, recognizing the needs of parents and responding to them are key interventions to facilitate the transition to parenthood and, consequently, the transition to home, with a positive impact on the health outcomes of the child and family. The structuring of support programs for this process can help to standardize this care, reducing the variability and omissions that often exist.

The present report aims to highlight the learning achieved in the different internship contexts, through the critical and sustained presentation of the activities developed and their contribution to the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Child Health and Pediatric Nursing, aiming an excellent nursing practice. Along with the development of skills, we invested in the study of the phenomenon of transition of newborns and their families from the Neonatal Intensive Care Unit to home, with the aim of identifying nursing therapies that facilitate this and developing a project for continuous improvement of the quality of nursing care, which supports and standardizes access to excellent care, with an impact on the health outcomes of the child and family and on the reduction of readmissions and use of emergency services.

Throughout this academic and professional journey, as well as in the writing of this report, we have seen evidence of nursing care based on Afaf Meleis' Transition Theory, permeated by the philosophy of pediatric care, namely Family-Centered Care, Non-Traumatic Care and Care that promotes development. The methodology used to achieve this journey was the project methodology, with a predominantly reflective and research-based focus.

Key words: Nursing Care; Infant, Newborn; Parenthood; Hospital to Home Transition; Neonatology

Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

BIS – Boletim Individual de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CCH – Carta da Criança Hospitalizada

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CPCJ – Comissão Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EFCNI – *European Foundation for the Care of Newborn Infants*

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

QV – Qualidade de Vida

RN – Recém-Nascido

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SO – Sala de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund*)

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)

Índice

Introdução 10
1. Problemática 12
2. Enquadramento Teórico-Conceptual 14
2.1. Dos conceitos metaparadigmáticos á teoria das transições de Afaf Meleis 14
2.1.1. A Pessoa 15
2.1.2. O Ambiente 16
2.1.3. A Saúde 17
2.1.4. O Cuidado de Enfermagem 18
2.1.5. Transições 20
2.2. Da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais até Casa: Revisão da Literatura 22
2.2.1. Parentalidade e Competências Parentais 23
2.2.2. Transição para a parentalidade na UCIN 24
2.2.3. Regresso a Casa do RN hospitalizado na UCIN 26
3. Metodologia 29
4. O Caminho para a Competência 31
4.1. Atividades Transversais ao Cuidar em Pediatria 31
4.2. Atividades Desenvolvidas em Contextos Específicos 41
4.2.1. Consulta de Desenvolvimento 41
4.2.2. Cuidados de Saúde Primários 44
4.2.3. Internamento de Pediatria 48
4.2.4. Serviço de Urgência Pediátrica 53
4.2.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais 57
Considerações Finais 60
Referências Bibliográficas 62

Índice de Apêndices e Anexos

Índice de Apêndices

Apêndice I. Mapa conceptual

Apêndice II. Cronograma

Apêndice III. Documento Orientador das Atividades de Estágio

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

Apêndice V. Folhetos Pais Informados, Crianças felizes

Apêndice VI. Da Conceptualização à Planificação – Consulta Adolescente

Apêndice VII. Sessão "Infeções Respiratórias em Pediatria"

Apêndice VIII. Folheto "Infeções Respiratórias em Pediatria"

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

Apêndice X. Cartões comemorativos meses

Apêndice XI. Diários do Recém-Nascido

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

Apêndice XIII. Apresentação Dia Mundial da Prematuridade

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

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

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

Índice de Anexos

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

Anexo II. Certificado de participação Congresso de Saúde Pública 23

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

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

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

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

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

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

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

Introdução

O presente relatório de Estágio visa expor o percurso formativo individual, sustentando-o na análise crítica do projeto de estágio, cuja finalidade se prende com o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão dos cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família em diferentes contextos clínicos. Assim, ambiciona evidenciar de que forma as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), perspetivando uma prática de enfermagem de excelência.

A formação especializada emerge como resposta à crescente exigência social de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, associada a fatores de ordem social, ética, profissional e económica. Atualmente, o conhecimento é concebido como uma entidade dinâmica, personalizada, contextualizada e socialmente construída, entendendo-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber, sustentada na melhor evidência científica e, simultaneamente, aplicada às necessidades reais e interativas dos contextos (Alarcão & Rua, 2005). O desenvolvimento de competências está intimamente relacionado com um sistemático processo de aprendizagens, que decorre na progressão da experiência e é nutrido pelos recursos incorporados pelo profissional. Le Boterf (1995, conforme citado por Fleury & Fleury, 2001) define a competência como o resultado da relação entre três eixos, nomeadamente a pessoa, a sua formação e a sua experiência profissional. Sendo que, ser competente implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional específico. Assim, a formação contínua e especializada é determinante, incitando à integração da consciência acerca da natureza dos cuidados de enfermagem na respetiva área de atuação profissional (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

O percurso desenvolvido neste Curso de Mestrado está assente em competências previamente adquiridas, através do percurso formativo e profissional, no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Estas centram-se fundamentalmente na prestação direta de cuidados a Recém-Nascidos (RN) e suas famílias que vivenciam situações de saúde-doença complexas, exigindo aos profissionais de saúde, que os

assistem, uma tomada de decisão ética baseada em padrões de conhecimento sólidos, com base científica. A prática de enfermagem na UCIN é sustentada nos princípios dos Cuidados Não Traumáticos (CNT) e Cuidados Centrados na Família (CCF), com enfoque na promoção da vinculação e da parentalidade. As competências desenvolvidas limitam-se a esta realidade, tornando-se essencial alargar o seu domínio, numa lógica integradora de saberes relacionados com as diferentes dimensões e contextos do exercício profissional, englobando outras fases do ciclo de vida da idade pediátrica, às quais se associam outros desafios e necessidades em saúde.

Ao longo do percurso formativo, a par do desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP, investiu-se no estudo do fenómeno da transição no regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, com o objetivo de identificar terapêuticas de enfermagem facilitadoras da mesma. Desta forma, justifica-se a metodologia mobilizada na consecução deste percurso, nomeadamente a metodologia de projeto. Esta é predominantemente reflexiva, sustentada na investigação, controlada e participativa, visando resolver um problema através de ações práticas (Ferrito et al., 2010). Sendo a prática reflexiva descrita como um diálogo entre o pensamento e a ação, através do qual o profissional se torna mais competente (Dorigon & Romanowski, 2012).

O relatório está organizado em 3 partes, sendo a primeira dirigida ao enquadramento teórico-conceptual da problemática em estudo; a segunda explana o percurso metodológico; e a terceira parte descreve as principais atividades realizadas ao longo dos contextos de estágio e evidencia a análise de como estas contribuíram para o desenvolvimento de competências. Nas considerações finais sintetiza-se o percurso realizado, apresentando algumas reflexões acerca da forma como este contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal, bem como para a melhoria dos cuidados de enfermagem, sendo também apresentados projetos futuros de continuidade a algumas atividades e projetos iniciados. Por fim, expõem-se as referências bibliográficas que permitiram suportar e fundamentar todo o percurso de formação desenvolvido e em apêndices e anexos apresentam-se os documentos considerados pertinentes para a melhor compreensão das atividades realizadas.

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

1. Problemática

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

Os avanços da medicina e da tecnologia em saúde têm contribuído para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre os RN extremamente prematuros (idade gestacional inferior a 28 semanas), de extremo baixo peso ao nascer (inferior a 1000g) ou gravemente doentes (WHO, 2022, 2023). Ainda assim, a prematuridade, de forma isolada, constitui a principal causa de morbimortalidade na primeira infância, tendo sido responsável por 1 milhão de mortes neonatais em 2020 e contribuindo para a incapacidade de milhões de crianças (WHO, 2023). Por este motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como prioridade global o cuidado a esta população e suas famílias com o objetivo de reduzir a morbilidade (WHO, 2023).

A hospitalização dos RN na UCIN, apesar de necessária à sua sobrevivência, continua a ser um exemplo paradigmático da dualidade decorrente do desenvolvimento técnico-científico, onde intervenções "benevolentes" ao RN carregam em si um potencial devastador nos mesmos, provocando, inadvertidamente, a exposição a fatores importantes de morbilidade (Branquinho, 2013), concorrendo para um risco acrescido de danos associados aos cuidados de saúde. Sendo que, a morbilidade pode refletir-se a diversos níveis, nomeadamente fisiológico, de desenvolvimento, psicológico e emocional, manifestando-se ao longo do crescimento, com repercussões até à idade adulta (WHO, 2022, 2023).

A consciência de que o sucesso da sobrevivência se fazia acompanhar de elevados níveis de sofrimento e custos financeiros, conduziu a uma mudança de paradigma nos cuidados neonatais, nomeadamente de cuidados biomédicos para cuidados holísticos, de suporte ao neurodesenvolvimento, neuroprotetores e centrados no RN e na família como um todo (Altimier & Phillips, 2016, 2018), orientando-se para a promoção da melhor Qualidade de Vida (QV) possível, tendo o objetivo de que todos os RN atinjam o seu potencial máximo, para além dos limites da UCIN. Neste sentido de continuidade e reconhecendo a família como constante na vida da criança, os profissionais devem ser

capazes de cuidar em parceria com a mesma, com o intuito de facilitar o desenvolvimento de competências parentais que permitam dar resposta às necessidades de todos os membros da família, nomeadamente da criança, contribuindo ativamente para o seu desenvolvimento e crescimento harmoniosos e saudáveis.

A decisão de quando dar alta a um RN após internamento na UCIN pode ser complexa, estando maioritariamente relacionada com a estabilidade fisiológica do mesmo, a prontidão dos pais para a alta, a existência de recursos e suporte em casa e de serviços comunitários, capazes de responder às necessidades específicas do RN e família (European Foundation for the Care of Newborn Infants [EFCNI], 2018, 2022; Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022a, 2022b).

O momento da alta do RN da UCIN é sentido pelos pais de forma ambivalente, na medida em que sentem felicidade por finalmente levar o bebé para casa, mas simultaneamente experienciam elevados níveis de ansiedade por perderem o suporte da UCIN, no cuidado ao bebé, relatando medo de não conseguir dar resposta às necessidades do mesmo (Adama et al., 2016, 2022; Aloysius et al., 2018; Hua et al., 2023).

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

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

2. Enquadramento Teórico-Conceptual

Este capítulo pretende apresentar os referenciais teóricos que sustentaram o percurso académico desenvolvido, bem como a escrita do presente relatório, e ainda o desenvolvimento da problemática em estudo, através da explicitação dos conceitos e transições envolvidas. Sendo que, os conceitos identificados foram organizados num mapa conceptual (Apêndice I), por forma a orientar, esquematizar e sintetizar o conteúdo do presente capítulo. Este pretende assim contribuir para a análise reflexiva da temática em estudo, com base na evidência científica disponível e pertinente, ambicionando a melhoria contínua dos cuidados aos RN, que se tornarão as crianças e mais tarde os jovens da nossa sociedade.

2.1. Dos conceitos metaparadigmáticos á teoria das transições de Afaf Meleis

As mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas foram responsáveis pela evolução da Enfermagem como disciplina, sendo que as ideias e valores predominantes em determinada época têm influência e reflexo nas suas teorias. Na génese da Enfermagem imperam as questões de saúde pública, com preocupação em diminuir o tempo de hospitalização e garantir o serviço de saúde ao maior número de pessoas (Kérouac et al., 1994). No entanto, estas inquietações são insuficientes para dar resposta às necessidades atuais da sociedade em questões de saúde.

Desde há algumas décadas que os enfermeiros ambicionam e investem no sentido de se afastar da prestação de cuidados baseada no modelo biomédico, procurando assumir o cliente como o centro da sua atenção, dando resposta às suas necessidades em todas as dimensões da pessoa, surgindo o conceito de holismo (Ribeiro et al., 2018). Para esta evolução contribuiu o desenvolvimento da Enfermagem, como disciplina, através do desenvolvimento de teorias e um corpo de conhecimentos próprio, deixando a prática de enfermagem de ser subordinada à medicina.

Kérouac et al. (1994), em concordância com este percurso evolutivo da teoria em Enfermagem, identificou três paradigmas: categorização, integração e transformação. Sendo que, progressivamente se reconhece a natureza multidimensional, contextual e mutável dos fenómenos vividos por pessoas inseridas e influenciadas por determinado ambiente. A mudança de paradigma influencia a conceptualização dos cuidados de

enfermagem, espelhada em diferentes teorias. Ao analisá-las, Fawcett (1984) identificou que os conceitos – Cuidados de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente – estavam presentes de alguma forma em todas, reconhecendo-os como os conceitos centrais da disciplina de enfermagem, definidos como os conceitos do metaparadigma de enfermagem. Estes mesmos conceitos estão também definidos pela OE, na forma de enquadramento conceptual aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros de cuidados gerais (OE, 2001) e dos enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) (OE, 2017). A par destes quatro conceitos transversalmente aceites e mobilizados, Meleis (2017) identifica outros como centrais à disciplina de enfermagem, nomeadamente Transições, Interação e Processo de Enfermagem. Sendo que, a definição que integramos destes conceitos sustenta e orienta o nosso raciocínio clínico, fornecendo, a par com outros referenciais teóricos, estrutura, integração e coerência ao cuidado de enfermagem (Ribeiro et al., 2018).

Neste subcapítulo, ambiciona-se, fundamentar o saber atual do fenómeno em estudo nos conceitos metaparadigmáticos em Enfermagem, acrescendo a estes o conceito de Transições, pela sua fulcralidade na interpretação do fenómeno, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis et al., 2010).

2.1.1. A Pessoa

O conceito de Pessoa, nesta área de especialidade, assenta no binómio criança/jovem e sua família. Sendo que a criança é a pessoa com menos de 18 anos de idade, excetuando-se os casos de doença crónica, incapacidade ou deficiência, nos quais o limite de idade ascende para os 21-25 anos ou até que a transição para a idade adulta esteja conseguida com sucesso (OE, 2017). A criança assume-se como um ser de particular vulnerabilidade, estando dependente dos cuidados da família para suprir as suas necessidades, com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudáveis e à aquisição de progressiva autonomia e independência (OE, 2017).

As transformações na sociedade portuguesa, nas últimas décadas, implicaram mudanças na estrutura e organização das famílias, associadas a alterações sociodemográficas (Dias, 2000), que conduziram a novas necessidades de saúde. A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida dos seus membros (OE, 2011). De acordo com a

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), família define-se por uma unidade social ou todo coletivo, composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, sendo a unidade ou todo visto como um sistema, maior que a soma de suas partes (International Council of Nurses [ICN], 2019). Em contexto de saúde infantil e pediátrica, o cliente alvo de cuidados transcende a criança, englobando incontornavelmente a sua família, sendo que a estrutura e dinâmica familiares podem influenciar a criança de uma forma duradora.

Atualmente, é frequente referirmo-nos à pessoa que usufrui de cuidados de saúde como "cliente", sendo que as pessoas procuram cuidados de saúde que respondam às suas necessidades e aos seus projetos de vida, evidenciando o direito à liberdade e autodeterminação na gestão da sua saúde. Esta ideia alinha-se com a definição de pessoa descrita nos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem, "ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se" (OE, 2001, pp. 8–9). Este construto encontra-se em consonância com Meleis e colaboradores (2010), sendo que os processos de transição são individuais, pelo que é a singularidade de cada pessoa que torna a transição única.

A pessoa, no fenómeno em estudo, materializa-se no binómio RN-família em contexto de hospitalização na UCIN, constituindo um cliente que vivencia várias transições, particularizadas no decorrer do presente relatório.

2.1.2. O Ambiente

Segundo a OE (2001, 2017), o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Sendo que este, poderá representar um conjunto de condicionantes facilitadoras ou inibidoras da vivência das transições ao longo da vida (Meleis et al., 2010), na medida em que há uma influência bidirecional constante entre a pessoa e o ambiente.

O impacto do ambiente na vivência da pessoa é tão ou mais evidente quando nos referimos à criança, pois dependendo da idade e estádio de desenvolvimento, esta não possui a preparação e os conhecimentos (Meleis et al., 2010) necessários para gerir e moldar o ambiente a seu favor. Assim, está dependente dos pais, familiares, profissionais

de saúde e de educação, entre outros, para mediarem e otimizarem o ambiente, tornando-o protetor, promotor de saúde e potenciador do desenvolvimento (OE, 2017).

Nas últimas décadas, verifica-se um investimento significativo na adaptação dos contextos de saúde pediátricos em consonância com os direitos da criança, consagrados na Declaração Universal dos Direitos da Criança, Carta da Criança Hospitalizada (CCH) e Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários. Estas modificações asseguram um cuidado humanizado e respeitador, através da garantia de serviços de saúde e salas de espera exclusivos para a idade Pediátrica, a criação de salas de brincadeiras, a existência de profissionais de Educação nos serviços de internamento pediátrico, entre outros.

Apesar desta crescente preocupação e investimento, a UCIN continua a ser alvo de grande escrutínio e investigação, pelo potencial e impactante efeito iatrogénico no desenvolvimento dos RN aí hospitalizados, com repercussões nos próprios, nas suas famílias e na sociedade. Segundo a OMS (2023), sobrevivem todos os anos 13 milhões de RN prematuros, 2,7% destes com deficiências moderadas a graves e 4,4% com deficiências ligeiras no desenvolvimento neurológico. Neste sentido, é importante reconhecer que muitas destas deficiências são evitáveis ou as suas repercussões minimizáveis, perante intervenção atempada e adequada, constituindo assim um marcador sensível da qualidade dos cuidados (UNICEF, 2021; WHO, 2023; WHO & UNICEF, 2023), sendo os cuidados de apoio ao desenvolvimento fulcrais na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis do RN hospitalizado.

A UCIN é um contexto de cuidados cujo ambiente se apresenta agressivo, impessoal e de difícil adaptação, decorrente de características particulares como a luminosidade, o ruído, as mudanças de temperatura e a realização frequente de procedimentos médicos (Jordão et al., 2016). É assim essencial que haja investimento na reflexão acerca do cuidado de enfermagem neste ambiente, direcionado aos RN e famílias particularmente vulneráveis, mobilizando a melhor evidência científica, numa lógica permanente de enfermagem avançada.

2.1.3. A Saúde

A saúde é reconhecida como um estado subjetivo e, simultaneamente, uma representação mental da condição individual e do bem-estar em determinado momento. Desta forma, constitui o reflexo de um processo dinâmico e contínuo na procura por um

estado de equilíbrio, que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001). Especificando a aplicação do conceito à criança e jovem, podem identificar-se um conjunto de singularidades relacionadas com a satisfação das suas necessidades, visando sempre a maximização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento, tal como a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais, no seio da sua família (OE, 2017). Esta conceção de saúde vai ao encontro de Schumacher e Meleis (2010), na medida em que reconhece a estreita relação entre a saúde e os processos de transição vivenciados pela criança ao longo do seu crescimento, tendo a vivência destes um impacto significativo na perceção de saúde da criança e família.

A análise deste conceito na especificidade do RN hospitalizado e sua família pode ser bastante complexa, na medida em que, e em linha com o anteriormente exposto, a par de uma condição de saúde fragilizada do RN, está patente a vivência de várias transições por todos os elementos da família. Neste sentido, justifica-se apresentar o quarto e último conceito do metaparadigma de Enfermagem – o Cuidado de Enfermagem – evidenciando-o como imprescindível à vivência da experiência de hospitalização do RN.

2.1.4. O Cuidado de Enfermagem

Enquanto profissão, a enfermagem tem evoluído, procurando responder às necessidades de cuidados das pessoas, nos seus diferentes contextos, investindo numa complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, originando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do EE (Regulamento n.º 613/2022, 2022). Este mesmo exercício, exige uma tomada de decisão ética, baseada na melhor evidência científica disponível, numa abordagem sistémica e sistemática (OE, 2001). Sendo que, as teorias apresentam um papel fulcral, neste âmbito, pois vêm suportar a construção do cuidado de enfermagem, orientando o raciocínio clínico e intervenção do enfermeiro (Aligood, 2022).

O cuidado de enfermagem na área de especialidade da SIP está estreitamente relacionado com o cuidado à criança e sua família, sendo que a estrutura e dinâmica familiares podem influenciar a criança de uma forma duradora, afetando a sua saúde e bem-estar. Consequentemente, os enfermeiros devem possuir conhecimentos relativos

às funções, tipos e estrutura das famílias, aumentando a compreensão dos fenómenos que as afetam e intervindo no sentido de responder às suas necessidades em saúde.

Neste sentido, surgem os CCF, que reconhecem a família como uma constante na vida da criança, trabalhando em parceria com a mesma, no sentido de alimentar as suas forças e explorar as suas potencialidades, incentivando-a a participar no cuidado ao seu filho e nas decisões relacionadas com o mesmo (Hockenberry, 2024). A parceria de cuidados constitui um dos elementos chave dos CCF, implicando o reconhecimento da importância do conhecimento que os pais têm dos seus filhos, as prioridades, preocupações e crenças da família, a comunicação eficaz e individualizada entre os intervenientes, a negociação, o fornecimento de informação oportuna e adequada, a gestão de expectativas, a definição clara de papéis, o acordo quanto à quantidade e tipo de envolvimento da família e a promoção do controlo na decisão acerca do cuidado, conferindo poder aos pais na consecução do projeto de saúde da família, perspetivando sempre o superior interesse da criança (Hockenberry, 2024; Regulamento n.º 422/2018, 2018; Sousa et al., 2013; UNICEF, 2019).

Quando nos referimos ao RN hospitalizado e família, este conceito de parceria constitui a segunda medida padrão neuroprotetora do Modelo de Cuidados para o Desenvolvimento Integrativo Neonatal, de Altimier e Phillips (2016), que compreende a existência de respeito mútuo, partilha de informação, colaboração, construção de uma relação de confiança e tomada de decisão partilhada. A integração da filosofia dos CCF é incontornável nas UCIN, sendo que além da sobrevivência e bem-estar do RN, a grande prioridade é facilitar a vinculação e capacitar os pais para assumirem os cuidados ao seu bebé. Assim, devemos preocupar-nos em criar, desde a admissão do RN, oportunidades e meios, para que os pais apresentem as suas habilidades e competências atuais e adquiram novas de modo a atender às necessidades do RN e restante família (Hockenberry, 2024), aspetos que respeitam e exaltam princípios da CCH.

A par com os CCF, em Pediatria, impera a preocupação em diminuir o dano e trauma associado à utilização de serviços de saúde. De acordo com os princípios da CCH, compreende-se que o internamento de uma criança deve ser uma hipótese de última instância, quando outra não esteja disponível (European Association for Children in Hospital, 2004). No entanto, sabemos que esta realidade é muitas vezes incontornável, especialmente quando nos referimos a nascimentos prematuros ou RN de risco ou

doentes, que necessitam de cuidados especializados na UCIN. Esta experiência, expõe precocemente os RN a inúmeras fontes de stress, como estímulos ambientais nocivos, procedimentos dolorosos e separação prolongada dos pais. A vivência destas adversidades, no início da vida, quando ainda não existem fatores protetores e mecanismos de adaptação e resiliência, pode alterar a trajetória de desenvolvimento do RN, com potencial para gerar prejuízos duradouros ou vitalícios nos resultados ao nível da saúde a curto, médio e longo prazo (Coughlin, 2017; Direção Geral-Saúde [DGS], 2005; Forkey et al., 2021; Goddard, 2021; Goddard et al., 2022; Marcellus & Cross, 2016; Sanders & Hall, 2018).

Neste âmbito, surgem os CNT como imprescindíveis em qualquer interação com a criança, jovem e família. Estes podem definir-se como cuidados terapêuticos que visam eliminar ou minimizar o sofrimento psicológico e físico da criança e da sua família, através da prevenção e minimização da sua separação, da promoção do sentimento de controlo, bem como da evicção ou minimização da lesão corporal e dor (Hockenberry, 2024).

Assim, os CNT e os CCF devem permear qualquer interação e cuidado à criança e família, com o intuito de minimizar os aspetos potencialmente ameaçadores associados aos fatores de stress induzidos pela hospitalização e condição de saúde do RN, antecipando-os e prevenindo-os (Kassam-Adams et al., 2015; National Child Traumatic Stress Network, 2014). À luz da Teoria de Enfermagem das Transições, de Afaf Meleis, a experiência de hospitalização do RN e sua família encerra em si várias transições simultâneas e relacionadas, o que complexifica as necessidades dos intervenientes. Importa assim, explicitar os principais conceitos presentes na teoria, por forma a interpretar o fenómeno em estudo, bem como sustentar o cuidado de enfermagem e a experiência clínica em contexto de estágio.

2.1.5. Transições

A Teoria das Transições é uma teoria de médio alcance, cuja premissa central consiste em reconhecer que o cliente dos cuidados de Enfermagem são pessoas que estão a vivenciar, antecipam ou concluem a vivência de uma ou mais transições. Estas definem-se, genericamente, como a passagem de um estado razoavelmente estável para outro bastante estável, desencadeada por eventos críticos e mudanças nas pessoas ou ambientes, e que originam também elas alterações na identidade, nos papéis

desempenhados, nos relacionamentos, nas habilidades e nos padrões de comportamento. Deste modo, as transições são multidimensionais e complexas, envolvendo mudança e adaptação (Meleis et al., 2010).

As transições são classificadas quanto à sua natureza em vários tipos, nomeadamente desenvolvimental (relacionada com as mudanças no ciclo vital – Nascimento; Transição para a Parentalidade), situacional (associada a acontecimentos que desencadeiam alterações de papéis – Transição da UCIN para casa), saúde/doença (Hospitalização do RN) e organizacional (referente ao ambiente, mudanças sociais e económicas) e a mesma pessoa poderá vivenciar uma ou mais transições, podendo estas ser vividas de forma sequencial ou simultânea e estar ou não relacionadas (Meleis et al., 2010). O processo de transição é individual, pelo que é a singularidade de cada RN e família que torna a transição única, e independentemente da tipologia de transição, esta implica alterações, que se repercutem na saúde e bem-estar (Meleis et al., 2010).

Meleis e colaboradores (2010) identificaram propriedades essenciais para a experiência de transição como a consciência, o compromisso, a identificação de mudanças e diferenças entre a situação prévia e a atual, o intervalo de tempo da transição e os eventos e pontos críticos que marcam o processo. Estes aspetos afetam necessariamente a vivência da transição, tal como as condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, que têm o potencial de facilitar ou inibir o processo de transição (Meleis et al., 2010). Desta forma, o enfermeiro deve conhecer as especificidades e significados atribuídos por cada família a determinado fenómeno, por forma a facilitar uma transição saudável. É ainda responsável, através de orientações antecipatórias, por dotar os clientes de conhecimentos que lhes permitam antecipar a experiência de transição e familiarizar com os aspetos significativos da mesma, facilitando a aceitação e o estabelecimento estratégias adequadas para lidar com a transição (Meleis, 2010).

Uma transição saudável caracteriza-se pelos padrões de resposta à vivência da mesma, dissecados em indicadores de processo e resultado. Os indicadores de processo permitem avaliar o progresso experienciado pelo indivíduo relativamente à transição, nomeadamente sentir-se ligado, interagir, estar situado, e desenvolver confiança e processos de *coping* relativamente à necessidade de mudança, sabendo lidar com a situação – Confiança no cuidado, vinculação. Por outro lado, os indicadores de resultado referem-se à mestria e domínio de novas competências, bem como à integração fluida de

identidade – Mestria no papel parental, prontidão para levar o bebé para casa e satisfazer as suas necessidades (Meleis et al., 2010). Schumacher e Meleis (2010) defendem que o bem-estar do indivíduo, nas relações com os outros, e a mestria no desempenho de papéis são indicadores de transições bem-sucedidas.

Segundo Meleis e colaboradores (2010), o conceito de transição é central para a enfermagem, pelo que assistir as pessoas em processos de transição constitui uma das funções mais relevantes do enfermeiro. Neste sentido, surgem as terapêuticas de enfermagem, que são definidas como todas as ações intencionais para cuidar dos clientes, ao longo do processo de transição, com o intuito de proporcionar conhecimento e competências aos que a vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições (Schumacher & Meleis, 2010). Um dos constructos que sustentam a teoria de Afaf Meleis baseia-se na teorização e relacionamento dos conceitos de *role insufficiency* (insuficiência de papel) e *role supplementation* (suplementação de papel). De acordo com este modelo teórico, as mudanças associadas à transição levam a pessoa a não reunir, em determinado momento, as capacidades necessárias para a passagem de um estado para o outro (*role insufficiency*). Assim, a intervenção do enfermeiro tem o objetivo de facilitar a transição, surgindo associada ao conceito de *role supplementation*, procurando suplementar a insuficiência de papel identificada, potenciando o desenvolvimento das capacidades e competências que a pessoa necessita para a assunção do seu novo papel – enfermeiro substitui os pais no cuidado ao RN, até que estes tenham capacidade de o assegurar, sempre numa ótica de empoderamento e capacitação (Meleis, 2010). A suplementação do papel tem como objetivos que a pessoa permaneça saudável durante a transição e que termine a mesma mais competente para lidar com a sua condição, prevenindo complicações e mantendo a sua saúde (Meleis, 2010; Meleis et al., 2010).

Em suma, a teoria das transições procura facilitar e guiar a compreensão do(s) processo(s) de transição vivenciado(s), e simultaneamente estabelecer orientações aos enfermeiros para a sua facilitação.

2.2. Da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais até Casa: Revisão da Literatura

Segundo Meleis (2010), as transições são períodos caracterizados por incerteza e desconexão, nos quais as pessoas evidenciam uma vulnerabilidade acrescida, requerendo, grande parte das vezes, intervenção profissional para facilitar a vivência da

transição. No fenómeno em estudo, tal como acima descrito, estão presentes várias transições simultâneas e relacionadas, que incrementam a vulnerabilidade e os desafios na sua vivência. Segundo Orr et al. (2022), uma das principais limitações dos estudos de investigação que abordam a transição da UCIN para casa relaciona-se com o facto do fenómeno ser estudado com foco na transição situacional hospital-casa, ao invés de considerar as restantes transições presentes e a forma como todas se interrelacionam.

A par desta realidade, a evidência científica afirma que os pais apresentam um baixo nível de prontidão e confiança na adaptação ao seu papel de pai/mãe, após a alta da UCIN, o que pode resultar no aumento do tempo de hospitalização, das dificuldades parentais após a alta e das taxas de readmissão (Hua et al., 2021). Neste sentido, pretende-se em seguida espelhar uma revisão da literatura acerca da temática em estudo, possibilitando a interpretação fundamentada do fenómeno.

2.2.1. Parentalidade e Competências Parentais

A transição para a parentalidade é considerada um dos maiores desafios da vida adulta, pela responsabilidade que acarreta e pelas mudanças e adaptação que exige a todos os membros da família (Cardoso et al., 2015; Meleis et al., 2010; Mercer, 2010; OE, 2015). Os pais possuem um dos papéis mais exigentes e complexos no seio da família, já que o desempenho do papel parental é determinante para assegurar a sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança (Cardoso et al., 2015; Mercer, 2010; OE, 2015). À luz da teoria das transições, importa considerar as perceções, expectativas e necessidades de aprendizagem dos pais no processo de transição, bem como a sua preparação, conhecimentos e habilidades, na medida em que estes fatores têm o potencial de facilitar ou inibir a transição (Meleis et al., 2010; Mercer, 2010).

Segundo Cardoso (2015), competências parentais definem-se como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o máximo potencial de crescimento e de desenvolvimento da criança. Neste sentido, e reconhecendo que a missão dos enfermeiros, que lidam com mães e pais, passa por facilitar a transição para a parentalidade, proceder ao diagnóstico das suas necessidades constitui a primeira etapa do processo de cuidados (Cardoso et al., 2015; Meleis et al., 2010; Mercer, 2006; OE, 2015).

A aprendizagem das competências parentais corresponde a um processo contínuo, que se inicia de forma mais estruturada durante a gravidez e continua ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, visto que este dá lugar a novas e diferentes necessidades de conhecimentos e habilidades dos pais. Neste sentido, também a avaliação das competências parentais deve ocorrer ao longo do tempo, garantindo a continuidade dos cuidados e a oferta de cuidados antecipatórios (Cardoso et al., 2015). A mestria nas competências parentais influencia o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio comportamento e o comportamento da criança. Sendo que, um maior nível de conhecimentos e habilidades das mães e dos pais está associado a maior probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável da criança e de estarem aptos a identificar e responder às suas necessidades (Albanese et al., 2019). Assim, a apropriação dos conhecimentos e das habilidades relacionados com as necessidades da criança vai potenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências parentais, com consequente melhoria da confiança, satisfação e mestria no desempenho do papel.

Relacionada com esta capacidade de resposta está a autoeficácia parental, definida como a crença dos pais na sua aptidão em realizar as diversas tarefas da parentalidade, e que se constitui como objetivo importante dos cuidados de enfermagem, por facilitar a transição para a parentalidade, com repercussão no bem-estar infantil e parental, ao tornar os pais mais responsivos (Albanese et al., 2019; Kahya & Uluc, 2021).

2.2.2. Transição para a parentalidade na UCIN

Há condições que determinam o incontornável internamento do RN na UCIN, como a prematuridade ou situações de doença. Esta necessidade de internamento confronta os pais com uma realidade muito diferente da que esperavam, sendo grande parte das vezes uma situação inesperada.

A UCIN é um contexto de cuidados usualmente percecionado, pelos pais, como assustador, estranho e altamente tecnológico (Altimier & Phillips, 2016), podendo influenciar negativamente a transição para a parentalidade, na medida em que os pais não sabem como agir, sentem-se inseguros na assunção do seu papel, sendo característica uma indefinição relativamente ao que podem ou não fazer e ao que os profissionais esperam que eles façam (Aloysius et al., 2018; Hua et al., 2023; OE, 2015).

Desta forma, a admissão e permanência na UCIN constituem experiências ansiogénicas para os pais, agravadas pelas características físicas, do ambiente envolvente e do RN, e pela separação do mesmo. Este facto associado à dúvida, relativamente à sobrevivência do RN, contribui para o surgimento e manutenção de sentimentos como medo, vergonha, culpa, *stress*, ansiedade e depressão, que podem ter um impacto significativo na forma como os pais se relacionam com o RN, com implicações negativas no desenvolvimento da criança e das competências parentais (Hua et al., 2023; Querido et al., 2022; Shin & White-Traut, 2010).

O *stress* parental na UCIN foi estudado por Miles e colaboradores (2007), que reconheceram quatro principais fontes de *stress*, nomeadamente: (1) as mudanças no papel parental e (2) na aparência e comportamento do RN, que foram identificadas como as mais ansiogénicas, seguidas (3) da relação com os profissionais e, por fim, (4) o ambiente da unidade. As mudanças no papel parental dizem respeito à separação pais-RN e ao sentimento de impotência face ao problema da criança, sendo que os pais, ao contrário do esperado, não são capazes de cuidar do filho e de protegê-lo, surgindo a necessidade de confiar estas tarefas aos profissionais de saúde. Por outro lado, a aparência física e o comportamento do RN envolvem a confrontação com um aspeto frágil do mesmo, que está rodeado de aparato tecnológico, algo angustiante para os pais.

No sentido de facilitar a transição para a parentalidade, quando o RN se encontra hospitalizado, é essencial permear a prática diária com a filosofia dos CCF, incentivando-a a participar no cuidado ao RN e nas decisões relacionadas com o mesmo (Smith, 2021; Walter & Robb, 2019). Esta filosofia de cuidados está relacionada com maiores níveis de satisfação das famílias, promovendo maior sentimento de competência e confiança dos pais, reduzindo o *stress*, e associa-se à diminuição do tempo de internamento e melhores resultados ao nível do desenvolvimento dos RN (Altimier & Phillips, 2016; Smith, 2021).

Querido e colaboradores (2022), realçam que para conseguir lidar com os sentimentos negativos associados à experiência do internamento na UCIN, os pais necessitam de conhecimentos, que lhes facilitem a compreensão dos sinais, respostas e necessidades do RN, conduzindo ao desenvolvimento de competências que lhes permitam saber que cuidados devem prestar e ainda reestabelecer a relação de vinculação que foi interrompida. Assim, visando a mestria parental na transição para a parentalidade e reconhecendo a relevância da mesma para o crescimento e

desenvolvimento da criança, o enfermeiro tem a responsabilidade de promover a vinculação de forma sistemática, identificar os fatores inibidores e facilitadores de uma transição saudável, diminuindo e potenciando os mesmos, respetivamente.

2.2.3. Regresso a Casa do RN hospitalizado na UCIN

A decisão de quando dar alta a um RN após internamento na UCIN pode ser complexa, estando maioritariamente relacionada com a estabilidade fisiológica do mesmo, a prontidão dos pais para a alta, a existência de recursos e suporte em casa e de serviços comunitários, capazes de responder às necessidades específicas do RN e família (EFCNI, 2018, 2022; Gupta et al., 2019; Hua et al., 2023; Smith, 2021; Smith et al., 2022a, 2022b). Sendo que, a prontidão dos pais relaciona-se com a mestria dos mesmos no que concerne à assunção do papel parental, demonstrada pelas competências técnicas, conhecimentos, conforto emocional, segurança e confiança nos cuidados ao bebé (Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022), podendo este ser um processo muito desafiante e complexo para todos os envolvidos.

O momento da alta do RN é sentido pelos pais como agridoce, sentem felicidade por levar o filho para casa, mas simultaneamente experienciam elevados níveis de ansiedade por perderem o suporte da UCIN, no cuidado ao bebé, relatando medo de não conseguir dar resposta às necessidades do mesmo (Adama et al., 2016, 2022; Aloysius et al., 2018; Hua et al., 2021, 2023). Adama e colaboradores (2016), numa revisão sistemática da literatura sobre as experiências dos pais ao cuidar de bebés prematuros após a alta da UCIN, destacaram que continua patente a ansiedade e o medo, experienciados pelos pais, em deixar a rede de segurança da UCIN, até 6 a 18 meses após a alta.

Assim, a promoção das competências e confiança parental pode ser entendida como terapêutica de enfermagem facilitadora da transição no regresso a casa do RN hospitalizado, devendo iniciar-se o mais precocemente possível após a admissão e desenrolar-se ao longo do internamento (Aloysius et al., 2018; Aydon et al., 2018; Galeano & Maya, 2023; OE, 2011). Num estudo de Amin e colaboradores (2016), citado por Weiss et al. (2017), tanto os pais quanto os profissionais de saúde consideraram que os reinternamentos e idas ao serviço de urgência seriam evitáveis na presença de uma preparação adequada da transição para casa. Também Walter e Robb (2019) e Lerret e colaboradores (2020), defendem que melhorias na preparação do regresso a casa devem

ter um reflexo positivo nos resultados de saúde, após a alta, e na redução dos reinternamentos e recurso a serviços de urgência.

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

A preparação adequada do regresso a casa envolve um esforço multidisciplinar, não devendo cingir-se ao ensino, instrução e treino dos cuidados ao bebé, pois este conteúdo pode não dar plena resposta às necessidades dos pais, não os capacitando para gerir, em casa, as necessidades daquele RN. A educação dos pais deve envolver além do fornecimento de informações, o desenvolvimento de competências para cuidar, a promoção da tomada de decisão informada e a construção de confiança na gestão das necessidades de cuidado em casa, após a alta (Franck et al., 2023; Galeano & Maya, 2023; Hua et al., 2023; Weiss et al., 2017). Smith e colaboradores (2022) defendem que um programa adequado de preparação da alta se divide em dois componentes: a componente educacional e o processo de preparação da alta. Lerret e colaboradores (2020), denominam a componente educacional de intervenção educativa para a alta e evidenciam a importância de incluir e envolver os pais nesta aprendizagem, no sentido de identificar as suas necessidades individuais.

Acresce a esta componente educacional, o processo de preparação de alta. Este prende-se com a forma como o conduzimos (Smith, 2021), sendo que tem havido investimento em procurar metodologias para maximizar os resultados do processo, através da diversificação das metodologias de ensino e da auto e heteroavaliação dos resultados da implementação das mesmas (Aydon et al., 2018; Franck et al., 2023; Galeano & Maya, 2023; Gupta et al., 2019; Lerret et al., 2020; Smith, 2021; Smith et al., 2022; Weiss et al., 2017).

A comunicação escrita e verbal com os pais e entre todos os elementos da equipa de saúde é crucial para facilitar um regresso a casa seguro. Neste sentido, as reuniões multidisciplinares com a família promovem uma transmissão e discussão holística da informação, permitindo a criação de um plano a curto, médio e longo prazo relacionado com o internamento e posteriormente o regresso a casa (Mills et al., 2006). Por outro lado, Weiss (2017), evidencia que implementar a avaliação da qualidade da intervenção educativa, pelos pais, bem como a avaliação dos pais e enfermeiros da prontidão para regressar a casa devem ser práticas rotineiras. Sendo que, estas avaliações permitem identificar precocemente as famílias que à partida não estão preparadas para fazer uma transição segura e confiante para casa, possibilitando desencadear cuidados e serviços antecipatórios, no sentido de apoiar a família durante a transição.

Neste esforço de planear e preparar a alta do RN, importa envolver os recursos da comunidade (Balasundaram, 2023; Smith, 2021; Smith et al., 2022), nomeadamente os profissionais de saúde que irão dar continuidade aos cuidados hospitalares. Estes devem estar informados das especificidades e necessidades do bebé e família antes da alta, para que o plano de cuidados possa ser assegurado de forma ininterrupta, transmitindo segurança e confiança aos pais (Balasundaram, 2023; Hua et al., 2021; Smith, 2021). Também a este nível, por forma a garantir a continuidade dos cuidados, é aconselhada a realização de um *follow up* adequado às necessidades da família (Adama et al., 2022; Balasundaram, 2023; Balasundaram et al., 2022; Gupta et al., 2019; Smith, 2021; Smith et al., 2022; Walter & Robb, 2019; Weiss et al., 2017), através de contacto telefónico e/ou visita domiciliária.

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

3. Metodologia

O percurso formativo, espelhado no presente relatório, foi planeado em projeto e operacionalizado ao longo de cinco estágios (Apêndice II. Cronograma), ambicionando o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE, no domínio da enfermagem de SIP, bem como competências de Mestre. Neste sentido, por um lado pretendeu-se desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às suas necessidades em saúde, e, por outro lado, procurou-se desenvolver um projeto motivado por uma problemática identificada na prática clínica.

A metodologia mobilizada na consecução deste percurso académico foi a metodologia de projeto, sendo esta predominantemente reflexiva. Segundo Dewey, a capacidade de refletir emerge quando nos deparamos com um problema e aceitamos a incerteza inerente a dar-lhe resposta. Sendo que, a solução de uma situação problemática pode envolver a transformação do profissional, do meio e de ambos (Dorigon & Romanowski, 2012), ideia que corrobora o facto do estatuto de profissional competente não ser um estado, mas sim um processo em contínua construção (Sapeta, 2013). A prática reflexiva constitui um diálogo entre o pensamento e a ação, através do qual o profissional se torna mais competente. Na medida em que, através da reflexão, o profissional pode reconhecer e criticar os conhecimentos tácitos que foram apropriados, atribuindo-lhes um novo significado e reconstruindo-os sempre que se justifique (Dorigon & Romanowski, 2012). Segundo Schön, a prática reflexiva pode concretizar-se através da reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação. Assim, com graus de distanciamento diferentes relativamente à ação, o profissional descreve, analisa e questiona-se relativamente ao ocorrido, desenvolvendo um processo investigativo sobre si, procurando o seu desenvolvimento, no sentido de se tornar um profissional mais consciente de si, permitindo um agir intencional (Dorigon & Romanowski, 2012).

Ao longo do percurso académico neste curso de Mestrado, pretendeu-se mobilizar e desenvolver competências especializadas que concorram para a compreensão plena e efetiva do cuidado de enfermagem à criança, jovem e família, concretizado ao longo dos cinco estágios programados, em contexto de cuidados de saúde primários (CSP), consulta de desenvolvimento, internamento de pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e UCIN. A seleção dos contextos de estágio pautou-se pela procura pela diversidade,

nomeadamente através da escolha de locais em unidades de saúde diferentes, no sentido de contactar com populações e contextos de prática com características distintas.

Ainda na fase de projeto foram formulados objetivos gerais, que encerram em si objetivos específicos, por forma a orientar o percurso formativo. Sendo estes:

1. Desenvolver competências de EEESIP, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, com vista à maximização da sua saúde, nos vários contextos em que se encontrem.
   a. Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, em parceria, na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, atendendo ao seu projeto de saúde.
   b. Prestar cuidados de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, visando o cuidado não traumático.
   c. Mobilizar competências apropriadas na comunicação com a criança, jovem e família, de acordo com o seu estádio de desenvolvimento e cultura.
   d. Prestar cuidados promotores da adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.
2. Desenvolver competências especializadas no âmbito da preparação do regresso a casa do RN hospitalizado e sua família, através da promoção da mestria parental e da articulação e continuidade de cuidados.
   a. Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no regresso a casa do RN hospitalizado.
   b. Elaborar uma proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem para uma transição segura no regresso a casa do RN hospitalizado.

O presente documento pretende ser uma exposição escrita, analítica e crítica das atividades realizadas e o seu contributo para a consecução dos objetivos e para o desenvolvimento de um perfil de competências de EEESIP. A planificação deste percurso encontra-se espelhada num documento orientador das atividades de estágio (Apêndice III), este teve um carácter flexível e sofreu algumas reestruturações, como forma de adequação às contingências de tempo e da realidade e necessidades encontradas em cada contexto de estágio.

4. O Caminho para a Competência

A diversidade dos contextos de estágio associada a uma prática de cuidados fundamentada e reflexiva concorrem para facilitar o desenvolvimento de competências, na medida em que estas se concretizam na capacidade de "agir em situação, o que implica a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê" (Alarcão & Rua, 2005, p. 376). Segundo as mesmas autoras, competência implica ainda reconhecer os limites do conhecimento, motivando um processo de aprendizagem contínuo, imprescindível para assegurar uma prestação de cuidados com qualidade, ideia corroborada por Sapeta (2013) e pela OE (2017).

Desta forma, apresenta-se em seguida uma análise reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, explicitando o seu contributo para a consecução dos objetivos propostos e para o desenvolvimento de um perfil de competências de EE, EEESIP e Mestre. A fim de evitar a repetição e facilitar a leitura, opta-se por apresentar inicialmente as atividades transversais ao cuidar em pediatria e, seguidamente, as atividades específicas de cada contexto de estágio.

4.1. Atividades Transversais ao Cuidar em Pediatria

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de SIP, os EEESIP distinguem-se pela sua competência técnica e/ou relacional, que lhes permite cuidar da criança e do jovem em situação de doença ou saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz (OE, 2017). Esta asserção sintetiza e contextualiza os contornos da atuação em contexto de SIP, reconhecendo que a família constitui a estrutura física, emocional e social essencial ao cuidado à criança e jovem, sendo o EEESIP um aliado na procura pelo conhecimento e competências que permitem maximizar o seu crescimento, desenvolvimento e saúde.

Com base no anteriormente exposto, ao longo dos estágios foram desenvolvidas atividades, durante a prestação de cuidados, que evidenciam atenção e reflexão acerca de aspetos que devem permear cada contacto entre o EEESIP e a criança, o jovem e a família, dando resposta ao objetivo – **Prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, em parceria, na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, atendendo ao seu projeto de saúde**. Este objetivo visa aliar competências técnicas e relacionais, provendo uma assistência integral, através do

respeito mútuo, partilha de informação, colaboração, construção de uma relação de confiança e tomada de decisão partilhada (Altimier & Phillips, 2016).

O nascimento e posteriormente todo o processo de desenvolvimento e crescimento de uma criança envolve a vivência de várias transições, que exigem mudança e adaptação a todos os membros da família, sendo expectável que desde cedo o EEESIP represente um facilitador na vivência das transições, com o intuito de proporcionar conhecimento e competências, desencadeando respostas positivas às mesmas (Meleis et al., 2010). Neste sentido, a partilha de informação e discussão de expectativas e necessidades, com a criança, o jovem e os pais, foi uma atividade transversal aos contextos de estágio, que revela respeito pelo seu direito à informação e pela sua autonomia, facilita a vivência das transições e reconhece-lhes o poder para gerirem a situação. Esta conduta profissional evidencia respeito pelos direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e competência para implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da inserção social da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Apesar dos reconhecidos benefícios da implementação dos CCF, onde se inserem todos os aspetos acima referidos, esta não é ainda uma prática constante, sendo por vezes atropelada pelo cansaço, carga de trabalho, exigências do contexto, entre outros. Assisti a algumas situações desta ordem, que me fizeram refletir e reforçar a consciência do impacto, do que dizemos e fazemos, nas famílias de quem cuidamos. Destaco, neste âmbito, a situação de uma mãe que estava com a sua filha, de 1 ano, na Sala de Observação (SO) da urgência pediátrica, para vigilância após um traumatismo cranioencefálico, decorrente de uma queda da bancada da cozinha. Apesar da criança demonstrar uma boa atividade e comportamento, a mãe apresentava um fácies angustiado, pelo que me dirigi a ela questionando se poderia ajudar de alguma forma, pois parecia preocupada. A minha abordagem deu espaço para que a mãe relatasse todo o incidente e manifestasse o seu sentimento de culpa pelo sucedido, referindo ainda que não lhe tinham transmitido qualquer informação acerca do exame complementar de diagnóstico realizado, bem como do que seria expectável vigiar/observar. Informei a mãe dos objetivos da vigilância naquele contexto e garanti solicitar à médica que lhe transmitisse informação acerca da Tomografia Computorizada realizada. A mãe agradeceu a minha intervenção, ficando mais tranquila. Nesta situação específica, torna-

se evidente que as competências técnicas são insuficientes para dar resposta às necessidades das famílias, exaltando competências relacionais, que demonstram a capacidade de desenvolver uma comunicação assertiva e empática, respeitando o dever de informação (Lei n.º 156/2015, 2015) e maximizando a relação de parceria com a mãe. Neste sentido, é imprescindível o desenvolvimento de uma consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (Regulamento n.º 140/2019, 2019), bem como uma atitude reflexiva acerca da nossa intervenção e dos seus resultados no outro.

O exercício da negociação e parceria nos cuidados, constitui outra atividade transversal aos contextos de cuidados, que em grande medida advém do anteriormente exposto. Tomo a liberdade de materializar a parceria de cuidados numa balança de três pratos, sendo que num está o profissional de saúde, noutro os pais ou responsável parental e no terceiro a criança ou jovem. Quanto mais autónomo e independente for um dos intervenientes, menos intervenção será necessária dos restantes, havendo um expectável desequilíbrio entre os pratos da balança, onde o EEESIP tem gradualmente menos peso. Em última análise, dependendo da idade e estádio de desenvolvimento da criança, ambiciona-se que esta seja progressivamente mais autónoma e independente na satisfação das suas necessidades e gestão da sua saúde. Até que tal seja possível, os pais/família e os enfermeiros, nomeadamente o EEESIP, representam o suporte para colmatar a falta de conhecimentos ou habilidades. Tal como defende Meleis (2010), as mudanças, decorrentes da alteração e aquisição de papéis, de mudanças ao nível da saúde, e do próprio desenvolvimento, levam a pessoa a não reunir, em determinado momento, as capacidades necessárias para a passagem de um estado para o outro, exigindo alguém que suplemente a insuficiência de papel identificada, potenciando o desenvolvimento das capacidades e competências que a pessoa necessita para a assunção do seu novo papel. Para tal, importa reconhecer a relevância da transmissão de orientações antecipatórias como atividade fulcral na maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (DGS, 2013; Hagan et al., 2017; Panza et al., 2020).

Segundo Panza et al. (2020), as orientações antecipatórias consistem em informações que o profissional de saúde fornece à família sobre as fases do desenvolvimento e crescimento infantil, bem como os benefícios de práticas, comportamentos e estilos de vida saudáveis. Estas orientações devem ser oportunas, apropriadas e relevantes para a família, por forma a que sejam adotadas, tendo

repercussões positivas na maximização do potencial de desenvolvimento e crescimento da criança e jovem. Assim, esta constitui uma atividade desenvolvida em todos os contextos de estágio, numa atitude oportunista, na qual se aproveita qualquer contacto com a criança, jovem e família, independentemente do contexto em que ocorra, para identificar necessidades, seja de conhecimento, de cuidados ou de referenciação, e intervir, evidenciando as competências – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem e Promove o crescimento e desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Os cuidados antecipatórios, a par com a educação para a saúde, representam recursos imprescindíveis para aumentar a literacia em saúde. Esta é definida, pela OMS (2021), como a capacidade das pessoas para obterem, processarem e compreenderem as informações básicas relacionadas com a sua saúde, tomarem decisões com base nas mesmas e utilizarem de forma pertinente os serviços de saúde. Sendo que, elevados níveis de literacia permitem à pessoa ter capacidade para tomar decisões de saúde fundamentadas no dia-a-dia, possibilitando o aumento do controlo sobre o seu projeto de vida. Por outro lado, baixos níveis de literacia estão relacionados com um maior número de internamentos, com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, conduzindo a uma diminuição da QV e comprometendo a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo uma ferramenta essencial para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2019; WHO, 2021).

Todas as intervenções acima referidas desenvolvem-se num espaço muito próprio, íntimo e complexo, chamado relação. Segundo Peplau (1991), cuidar em enfermagem pressupõe um processo interpessoal, em contexto profissional, com uma finalidade que beneficie o cliente. Assim, idealmente a relação estabelecida com a criança, o jovem e a família deve ser terapêutica, implicando, segundo Reynolds (2009), o desenvolvimento de uma relação, entre enfermeiro e cliente, com um potencial reparador e nutritivo para a pessoa cuidada, constituindo-se como favorecedora do potencial humano. O mesmo autor estabelece objetivos da relação terapêutica, que exaltam a necessidade de o cuidado de enfermagem envolver o estabelecimento de uma comunicação efetiva, cuja operacionalização decorre da relação terapêutica estabelecida. Nesta linha, emerge outro

objetivo estabelecido para este percurso – **Mobilizar competências apropriadas na comunicação com a criança, jovem e família, de acordo com o seu estádio de desenvolvimento e cultura**. Esta constitui uma competência essencial no cuidar em enfermagem, não podendo a eficácia da comunicação utilizada ser deixada à sorte ou acaso. A comunicação deve ser intencional, sensível, respeitadora e, no caso das crianças e jovens, adequada ao seu estádio de desenvolvimento e grau de compreensão.

Phaneuf (2005), define a comunicação como um sistema de (re)criação de informação, de troca, de partilha de sentimentos e emoções entre pessoas. Sendo que esta pode ser consciente ou inconsciente, através do comportamento verbal ou não verbal, assim como, através da forma de agir dos intervenientes no processo. Na área da SIP existe uma grande variabilidade no que concerne às especificidades e necessidades dos clientes, que influenciam a forma como estes comunicam e, consequentemente, a nossa comunicação com os mesmos, no intuito de imprimir um cuidado verdadeiramente terapêutico e promotor da sua saúde e bem-estar. O conhecimento sobre o desenvolvimento normal da linguagem e do pensamento oferece ao profissional um quadro de referência para a comunicação com as crianças (Scott, 2024). Por sua vez, a brincadeira constitui uma linguagem universal das crianças, sendo que, com recurso a esta pode obter-se informação relevante, mostrar disponibilidade, promovendo uma relação de confiança, facilitar a colaboração da criança em procedimentos e ainda ultrapassarem-se várias barreiras à comunicação, como a expressão em diferentes idiomas ou a incapacidade da criança em expressar-se através da fala (Scott, 2024).

Tendo em conta que o cliente do EEESIP é a díade criança e/ou jovem – família, importa também desenvolver uma comunicação assertiva, empática e respeitadora com os pais, considerando as especificidades culturais da família. Os pais representam muitas vezes o papel de intermediários da comunicação do profissional com a criança, especialmente quando nos referimos a crianças abaixo da idade escolar. Para desenvolver competências neste âmbito da comunicação, foi essencial a atividade de colaboração nos cuidados a crianças e jovens de todas as idades, em diferentes contextos de saúde, com necessidades diferentes, integradas em famílias com dinâmicas, crenças e culturas distintas, reconhecendo que a consecução de uma comunicação eficaz, assertiva, terapêutica, empática, afetuosa e respeitadora exige consciência e treino, e é decisiva na experiência da criança, do jovem e família que recorrem aos serviços de saúde.

Uma barreira importante à comunicação, sentida na prática clínica e constatada também nos contextos de estágio, relaciona-se com a falta de tempo percecionada pelos profissionais para o efeito. Comunicar com o outro implica ter e demonstrar disponibilidade, o que se pode concretizar em diferentes ações, pode representar agacharmo-nos ou sentarmo-nos no chão ao nível da criança, demonstrando que estamos lá para ela, pode concretizar-se no convite a uns pais para nos sentarmos todos a discutir determinado assunto, entre muitas outras situações. Destaco, neste sentido, uma experiência vivida na UCIN. Preparava-me para trocar uma alimentação parentérica a um RN, estando a vestir o Equipamento de Proteção Individual recomendado, quando digo aos pais do RN da unidade adjacente, com os quais já tinha uma relação de confiança, mas que nesse dia não estavam ao meu cuidado, "Como estão hoje? Não me parece que estejam bem". Após a minha afirmação/interrogação percebo que a mãe se encostou ao pai a chorar. Imediatamente considero as várias hipóteses de atuação: dou espaço para viverem o momento sozinhos e prossigo com a atividade que estava a realizar ou adio a atividade e vou ter com os pais. Optei pela segunda hipótese e estive mais de 30 minutos a escutá-los e a conversar com eles. A opção que fiz é a que faço diariamente, por ter consciência da importância daqueles momentos para a vivência dos pais, mas sei que esta opção pode representar um atraso na realização das restantes atividades do turno, nomeadamente a realização dos registos de enfermagem, que por sua vez irão condicionar a minha hora de saída. Desta forma, considero que o tempo necessário para responder às necessidades emocionais das famílias não está devidamente assegurado nas contagens de tempo associado aos cuidados de enfermagem, prejudicando esta dimensão tão relevante na vivência de situações de saúde especialmente complexas. Estas vivências de cuidados, quando refletidas, impulsionam a consciência da diversidade e complexidade de situações e processos de saúde-doença vivenciados por cada criança, jovem e família, reconhecendo o valor imensurável da comunicação na obtenção de ganhos em saúde. Contribuíram ainda para o desenvolvimento de competências comuns, tais como – Garante um ambiente terapêutico e seguro e Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), bem como competências específicas de EEESIP, como Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e á cultura (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No sentido de garantir um ambiente terapêutico e seguro, impera que qualquer intervenção de enfermagem junto da população pediátrica seja pautada pela filosofia dos CNT, pelo que foi formulado o objetivo – **Prestar cuidados de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, visando o cuidado não traumático**. Sendo que, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem constitui uma competência essencial do EEESIP, influenciando as experiências da criança, jovem e pais no recurso aos cuidados de saúde e determinando o desenvolvimento de estratégias adaptativas da criança/jovem a situações de potencial lesão corporal e/ou dor.

Os CNT definem-se como cuidados terapêuticos que visam eliminar ou minimizar o sofrimento psicológico e físico da criança e da sua família, através da prevenção e minimização da sua separação, da promoção do sentimento de controlo, bem como da evicção ou minimização da lesão corporal e dor (Hockenberry, 2024). Da definição apresentada advêm vários focos de atenção, nomeadamente a minimização da separação, exigindo aos serviços de saúde uma cultura organizacional e estrutura que facilitem a permanência dos pais junto dos seus filhos, reconhecendo-os como parceiros da equipa de saúde; a promoção do sentimento de controlo, que nos remete para a importância de aspetos como permitir a liberdade de movimentos da criança, manter, na medida do possível, a sua rotina, encorajar a independência e promover a sua compreensão, de forma adaptada à idade e estádio de desenvolvimento, através da transmissão de informação e preparação antecipada, diminuindo o medo do desconhecido e a sensação de imprevisibilidade; a minimização e prevenção da dor e lesão corporal (Fox, 2024), através da mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (OE, 2013). Neste âmbito, a brincadeira, dependendo da sua finalidade, pode ter vários benefícios, inclusive a gestão do medo da lesão corporal e da dor, tão predominantes nas crianças (Fox, 2024). Durante os estágios foi possível realizar diversas brincadeiras, tanto com fim lúdico como terapêutico, o que se mostrou facilitador no estabelecimento de uma relação de confiança com a criança, com repercussões positivas nas suas reações perante intervenções de monitorização (avaliação da tensão arterial, observação de sinais de dificuldade respiratória, realização de pensos) e procedimentos invasivos (punção venosa, vacinação). Relato uma experiência de estágio, em contexto de Internamento de Pediatria, na qual foram desenvolvidas várias intervenções, no sentido de minimizar o desconforto e dor da

criança durante um procedimento invasivo. Perante a necessidade de puncionar um acesso venoso periférico a uma criança de 16 meses, decidimos administrar mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio, sendo esta uma medida farmacológica de controlo da dor, indicada quando necessário assegurar a imobilidade ou relaxamento da criança, diminuir a ansiedade e agitação, ou quando se preveja a necessidade de repetir o procedimento, consistindo num método inalatório não invasivo (DGS, 2012; Escobar et al., 2019). Neste sentido, foi aplicada a máscara a um peluche da criança, foi-lhe permitido manusear a máscara, foi aplicada ao peluche várias vezes a pedido da criança, até esta se sentir familiarizada com o objeto e tolerar a colocação do mesmo na sua face. Esta estratégia associou-se à visualização de vídeos no telemóvel com músicas infantis trauteadas por mim e pela mãe, permitindo à criança tranquilizar progressivamente e permitir a administração da mistura. Durante a punção venosa, a criança ficou tranquila e sonolenta, de mão dada com a mãe. Nesta situação, utilizou-se o brinquedo terapêutico para a preparação da criança para um procedimento invasivo, possibilitando o manuseamento dos materiais que iriam ser utilizados e dando primazia à comunicação entre a criança e o enfermeiro, foi ainda mobilizada uma estratégia farmacológica para controlo da dor, que se mostrou adequada, bem como incentivada a presença e participação da mãe no procedimento, tendo sido explicado previamente o que iria acontecer e como poderia colaborar.

Apesar do reconhecimento objetivo e consciente da importância da avaliação e tratamento da dor, constatei que esta continua a ser subvalorizada, subavaliada e mal controlada, em particular na criança e tanto mais quanto mais nova ela for. Em contexto de CSP assisti a práticas improcedentes, como administração de vacinas na bancada de observação, a não administração de sacarose a lactentes, a ausência de estratégias de distração numa criança em idade escolar, entre outras, que motivaram a reflexão e discussão com a enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora da USF, bem como a elaboração de um jornal de aprendizagem (Apêndice IV). Apesar da enfermeira orientadora ser EEESIP e reconhecer a importância das estratégias de alívio e controlo da dor, representava um agente passivo na implementação das mesmas de forma sistemática por toda a equipa. As atividades desenvolvidas, relacionadas com este objetivo, evidenciam o reconhecimento da importância da gestão e controlo da dor e a aplicação de intervenções adequadas, revelando a competência para fazer a gestão

diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e ainda constituindo um facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, que suporta a prática clínica em evidência científica, promovendo a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho e garantindo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ainda neste sentido, importa capacitar os pais a advogar pelos direitos dos seus filhos, na medida em que segundo Fonseca & Santos (2006), os pais partilham os mesmos preconceitos perante a dor e ficam entorpecidos pela angústia e impotência que sentem face ao sofrimento da criança. Pelo que, importa incrementar os seus níveis de literacia em saúde, por forma a contribuírem ativamente para a minimização das experiências dolorosas dos seus filhos, bem como exigirem, aos profissionais de saúde, a utilização das medidas adequadas para o alívio e controlo da dor.

É expectável que um EE evidencie uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, represente um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste âmbito, ao longo dos estágios, foi possível desenvolver atividades como a discussão e partilha, entre elementos da equipa de enfermagem, de conhecimentos, experiências e projetos, evidenciando um raciocínio crítico, reflexivo e construtivo acerca dos cuidados de enfermagem prestados e os seus resultados nas pessoas. Neste sentido, para sustentar esta partilha houve necessidade de procurar a mais atual e pertinente evidência científica, visando a melhoria contínua da qualidade. Por outro lado, o facto de estar presente nos contextos de cuidados, sendo um elemento externo ao serviço, exige aos enfermeiros, especialmente ao enfermeiro orientador, explicar o método de trabalho, protocolos, procedimentos, rotinas do serviço, entre outros, impulsionando um momento de questionamento e reflexão – porquê que fazemos assim? Será o mais adequado? Haverá outras formas? Haverá evidência que sustente outras práticas? Estes questionamentos do próprio e do estudante de mestrado, podem originar oportunidades de melhoria, evidenciando o potencial do estudante como agente efetivo de mudança.

Como exemplo do atrás referido, relato uma situação vivenciada no Serviço de Internamento de Pediatria, sendo que fui com a Enfermeira Orientadora transferir uma

criança da Unidade de Cuidados Intensivos para o serviço referido. Ao ouvir a colega a transmitir as informações clínicas da criança percebi haver repetidas infeções associadas ao cateter central, com necessidade de remoção e colocação de novo cateter, mais do que uma vez. À chegada ao serviço, instalámos a criança e o pai da mesma, que vinha a acompanhar, e colocámos em curso as perfusões prescritas, questionei a enfermeira orientadora acerca dos cuidados de enfermagem preconizados no manuseamento dos cateteres centrais e partilhei que na unidade de cuidados onde exerço a minha atividade profissional tínhamos, por indicação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), extinguido a utilização de torneiras de três vias nos cateteres venosos centrais, dando primazia à utilização de "Octopus" - extensão do lúmen do cateter que o ramifica em vários lúmens, associando a esta prática menor risco de infeção. Esta partilha originou a pesquisa de evidência neste sentido, para posteriormente colocar à consideração da chefia e PPCIRA da instituição em questão.

Ainda nesta linha, nos contextos onde contactei com RN, nomeadamente CSP, Internamento de Pediatria e SUP, foi possível partilhar conhecimentos técnico-científicos relacionados com os cuidados ao RN e sua família, por desenvolver a minha prática profissional neste âmbito, detendo competências acrescidas no cuidado a esta população, nomeadamente no apoio à amamentação, na realização de procedimentos ao RN (colheita de sangue para gasimetria e entubação gástrica), bem como intervenções no âmbito relacional, da promoção da vinculação e parceria de cuidados com os pais. As atividades supra relatadas evidenciam competências nos Domínios da Melhoria Contínua da Qualidade, da Gestão dos Cuidados e ainda do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo do percurso académico houve uma preocupação em desenvolver atividades do foro científico, nomeadamente através da participação em congressos, aulas abertas e webinar, com o objetivo de ampliar o conhecimento e promover a reflexão sobre aspetos do cuidado de enfermagem em SIP, os respetivos certificados juntam-se em anexo ao presente relatório, como meio de prova. Esta postura de procura pelo conhecimento demonstra competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), bem como a preocupação em basear a praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

4.2. Atividades Desenvolvidas em Contextos Específicos

4.2.1. Consulta de Desenvolvimento

As últimas décadas têm sido marcadas por mudanças sociais relativamente à incapacidade, deficiência e inclusão, associadas a significativos avanços no cuidado e na tecnologia em saúde, que claramente têm contribuído para a sobrevivência e aumento do tempo de vida de crianças com condições anteriormente fatais (Brenner et al., 2018; Hesselgrave & Santucci, 2024). Assim, neste contexto de estágio evidencia-se o objetivo delineado – **Prestar cuidados promotores da adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade**. Sendo que, reside neste processo adaptativo um grande desafio impulsionador de cuidados de saúde de excelência, integrais, facilitadores da vivência da transição, promotores da adaptação à doença/incapacidade, assegurando a sua QV, a maximização do seu crescimento e desenvolvimento e o acesso a recursos comunitários e sociais.

As inquietações e desafios sentidos pelas famílias são partilhadas com os profissionais com os quais se cruzam, devendo estes contribuir ativamente para a facilitar. É evidente a relação de parceria entre pais, crianças, jovens e profissionais, na qual os cuidados são negociados e individualizados, ambicionando uma participação ativa dos parceiros envolvidos, por forma a que os objetivos sejam comuns e centrados na família (Brenner et al., 2018; Hockenberry, 2024; Mardhiyah et al., 2022). O plano de cuidados delineado para e com a criança e o jovem visa maximizar o seu potencial, com o objetivo de atingir o maior grau de independência e integração sócio familiar possíveis. Neste sentido, o EEESIP intervém em articulação com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com o intuito de capacitar a criança, o jovem e os pais, ou apenas os pais dependendo da idade e condição clínica dos filhos, a realizar com autonomia as atividades de vida diária. Sendo que, o cuidado direcionado para a funcionalidade é imperativo e muito organizador para os pais, na medida em que lhes permite desenvolver estratégias para garantir os cuidados aos seus filhos em casa.

Ao longo do estágio, apesar da sua brevidade, tive oportunidade de participar em atividades estruturadas que evidenciam a filosofia de cuidados anteriormente descrita. Neste âmbito, realço a participação numa reunião inicial no momento da admissão, que conta com a presença do enfermeiro, médico, educador de infância, psicólogo, assistente

social, pais e criança ou jovem, na qual é pretendido que os pais exponham as suas preocupações, expetativas e receios, e que seja partilhado o programa de reabilitação multidisciplinar, ressalvando que este é dinâmico, mas ficando estabelecidos os objetivos gerais do internamento e dando-se início à preparação para a alta. Ainda nesta linha, mensalmente, realizam-se as visitas médicas e observações de casos clínicos, onde se reavalia a evolução clínica e funcional, reformulam-se os objetivos terapêuticos e reajusta-se o programa de reabilitação instituído. Estas atividades protocoladas pelo serviço permitem construir estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente, tal como dão espaço ao EE para participar na construção da tomada de decisão em equipa (Regulamento n.º 140/2019, 2019), permitindo implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A par das atividades descritas, a colaboração na prestação de cuidados às crianças, jovens e suas famílias constituiu uma atividade chave na consecução do objetivo atrás referido. Na medida em que, é na interação diária com as crianças, jovens e famílias que os conhecemos, identificando as condicionantes que afetam a vivência das transições, permitindo uma intervenção direcionada às suas necessidades e expectativas. No entanto, o processo de conhecer a família revelou-se desafiante, na medida em que a minha presença constituía uma barreira à expressão autêntica das crianças e pais, por não me conhecerem. Neste sentido, investi no desenvolvimento de uma relação empática e de confiança com as famílias, mostrando disponibilidade para estar com elas e escutá-las, reconhecendo o seu saber e integrando-o nos cuidados de enfermagem prestados, e partilhando algumas informações sobre mim, com intencionalidade, respondendo à curiosidade demonstrada pelas crianças e permitindo-me estabelecer uma relação com elas pautada pela autenticidade e verdade. Esta aproximação progressiva permitiu desenvolver atividades que dão resposta a outra necessidade demonstrada por estas famílias: a Esperança. Segundo Maravilha e colaboradores (2021), os cuidados que visam a promoção da esperança assumem um papel relevante, atendendo à natureza da doença crónica e às limitações e desafios impostos pela gestão da mesma, devendo ser transmitida uma esperança realista face à evolução do processo de saúde-doença, pois esta é uma dimensão central na vida e fundamental para o êxito no lidar com a doença. Assim, por forma a contribuir para a adaptação da criança, jovem e família à doença

crónica, foi essencial a pesquisa de evidência científica acerca das experiências das famílias que vivenciam estes processos, bem como das suas necessidades e das estratégias promotoras de esperança (Maravilha et al., 2021). Neste âmbito, foram ainda desenvolvidas algumas atividades com as crianças, como a sugestão de pintura de desenhos alusivos às suas conquistas e escolha de uma frase motivacional para lerem quando a frustração e desesperança tomassem o lugar dos seus pensamentos.

Outro aspeto largamente identificado na literatura acerca de crianças com necessidades complexas de saúde prende-se com a continuidade e articulação dos cuidados entre os vários serviços de saúde e apoios sociais que a família utiliza. Brenner e colaboradores (2018), numa análise de conceito multidisciplinar, apontam a falta internacional de sistemas de cuidados integrados como uma barreira significativa à prestação de cuidados competentes às crianças com necessidade de cuidados complexos, tal como a insuficiência e inconsistência da prestação de serviços comunitários, flutuando de acordo com localização geográfica (Brenner et al., 2018). Neste sentido, a qualidade da colaboração, planeamento e coordenação interinstitucionais são elementos imprescindíveis à vivência de uma transição saúde-doença bem-sucedida, onde seja possível integrar as necessidades da criança sem prejuízo na QV e dinâmica familiar. Ao longo do estágio, questionei acerca das vias e métodos de transmissão de informação e articulação com os outros serviços que assistem estas famílias (hospital de referência, centro de saúde, escola), sendo esta realizada por e-mail, a maioria das vezes sem feedback, e envio de carta de alta de enfermagem em papel. Fica assim a sensação de que a continuidade dos cuidados se mantém um procedimento altamente burocratizado e sem benefícios para quem usufrui dos serviços envolvidos. Neste sentido, foi dada a sugestão à enfermeira orientadora e à enfermeira chefe de que fosse realizada uma reunião on-line, à semelhança das presenciais acima descritas, com o gestor de caso da criança ou do jovem e os elementos da comunidade responsáveis pelo seu acompanhamento (médico de família, enfermeiro de família, professor ou diretor de turma, entre outros), proporcionando cuidados integrais e promovendo a adaptação à doença crónica (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Interagir diariamente com estas famílias confronta-nos com elevados níveis de resiliência, com histórias de superação, que colocam em perspetiva vários aspetos da vida

quotidiana e impulsionam a reflexão, contribuindo para o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

4.2.2. Cuidados de Saúde Primários

Os CSP constituem um contexto incontornável na promoção, manutenção e restituição de elevados níveis de saúde e bem-estar da população, pela sua potencial universalidade e proximidade das pessoas e famílias, mitigando as desigualdades no acesso à saúde. Neste âmbito, as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil visam a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população, implicando a otimização dos recursos disponíveis, bem como o desenvolvimento de sinergias entre os diferentes serviços de saúde que assistem as famílias, por forma a garantir cuidados integrais, articulados e contínuos, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens.

Na USF, médico e enfermeiro formam uma equipa e têm atribuída uma lista de utentes, os quais idealmente são atendidos em consultas síncronas, que se complementam e minimizam as deslocações e os constrangimentos que estas acarretam. Ao longo do estágio participei ativamente em consultas de vigilância de saúde infantil com crianças de todas as idades, o que se mostrou muito enriquecedor e construtivo para consolidação de saberes e desenvolvimento e reconhecimento de competências de comunicação com a criança, o jovem e a família, de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Proporcionou-se também estar presente em vários contactos com a mesma família, o que se revelou particularmente estimulante, pelo facto de conseguir estabelecer uma relação de confiança com a família e acompanhá-la, avaliando o resultado das intervenções realizadas e readequando a intervenção em resposta às necessidades identificadas, demonstrando a capacidade de avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As consultas de vigilância de saúde infantil foram conduzidas de acordo com as orientações presentes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), considerando-se os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios correspondentes à idade da criança. Por ser um contexto de cuidados diferente daquele em que exerço a minha atividade profissional, senti necessidade de consultar documentos orientadores,

recorrendo ao PNSIJ (DGS, 2013), ao Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2020) e às recomendações emanadas pela American Academy of Pediatrics (Hagan et al., 2017), para realizar um planeamento prévio das consultas, de modo a sistematizar os aspetos a avaliar e assim estar mais disponível para interagir com a criança ou jovem e família durante o contacto. A minha perceção foi que tendo presente os aspetos relevantes para cada idade, fui capaz de ser fluente durante a interação, utilizando as informações e discurso da criança ou do jovem e dos pais para conduzir a consulta e avaliar as necessidades da família, otimizando e maximizando a resposta às mesmas. Os contactos agendados respeitam as idades chave preconizadas pelo PNSIJ e PNV e excedem-nas, na medida em que sempre que se identifica a necessidade de reavaliar ou acompanhar determinado aspeto é reagendado um contacto com a periodicidade adequada.

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada constitui o suporte à avaliação do desenvolvimento até aos 5 anos de idade, permitindo orientar o olhar e avaliação do profissional de saúde, mas não descurando que o desenvolvimento é um processo dinâmico e flexível. Apesar disso, os desvios da normalidade devem ser valorizados e contextualizados no ambiente único da criança, na medida em que este poderá ter grande repercussão no seu desenvolvimento (DGS, 2013; Hagan et al., 2017).

Avaliar o desenvolvimento infantil foi desafiante, no contexto da consulta de saúde infantil, devido à limitação de tempo e recursos, bem como pela volátil colaboração e disponibilidade da criança, especialmente em idades mais precoces. Surgem novamente os pais como aliados e parceiros, sendo eles as pessoas que maior conhecimento detêm sobre os seus filhos. Neste sentido, o EEESIP tem a responsabilidade de sensibilizar e educar os pais para estarem despertos e atentos à aquisição de marcos no desenvolvimento infantil e identificação de desvios à normalidade ou necessidade de estimulação mais consciente de determinadas áreas do desenvolvimento, maximizando o crescimento e desenvolvimento da criança e identificando precocemente sinais de alarme. Importa igualmente formar e sensibilizar para esta área de atuação os enfermeiros de cuidados gerais, visto que são muitas vezes estes os responsáveis por realizar consultas de vigilância de saúde infantil.

O momento da consulta tem início na sala de espera, quando vamos chamar a família e temos oportunidade de observar a criança, a sua interação com os pais e com o ambiente, a forma como os pais são ou não responsivos às suas necessidades, o afeto e

intimidade na relação, entre inúmeros outros aspetos. É com este sentido crítico e de alerta que devemos conduzir a consulta, permitindo diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Estas situações podem advir de diversos sinais e justificar diferentes intervenções, sendo que no decurso do estágio foi necessário solicitar parecer à escola relativamente ao desenvolvimento de uma criança, nomeadamente acerca das suas competências ao nível da linguagem e sociais; sinalizar ao médico a identificação de necessidade de encaminhamento para consulta de especialidade (desenvolvimento, pedopsiquiatria); e a referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Importa ter conhecimento dos recursos e sistemas de referenciação, na medida em que o curso do desenvolvimento pode ser alterado em idades precoces, através de intervenções eficazes que alterem o equilíbrio entre risco e proteção (SNIPI, s.d.).

Neste âmbito, durante o estágio proporcionou-se ter contacto com uma família referenciada para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Estas comissões são instituições oficiais, não judiciárias, com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, s.d.). Foi realizada uma reunião com a enfermeira gestora de caso, pertence à Unidade de Cuidados na Comunidade, a enfermeira de família, os pais e a profissional da CPCJ, com o intuito dos pais consentirem a intervenção desta entidade através do compromisso com um processo de promoção e proteção. Este processo lista as intervenções preconizadas para cada membro da família, no sentido de restituir a harmonia e saúde da dinâmica familiar, por forma a proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento das crianças, no seio da sua família. Apesar de ter representado uma presença passiva nesta reunião, esta constituiu um momento rico em aprendizagens, pois permitiu-me ter perceção da intervenção realizada neste tipo de situações, reconhecendo uma abordagem centrada na família, onde os vários profissionais, em uníssono, se esforçam por dotá-la de ferramentas e recursos, mas assegurando sempre o superior interesse da criança. Reconheço nesta intervenção competências do EEESIP, sendo este responsável por identificar situações de risco para a criança e jovem, como maus tratos, situações de

negligência e comportamentos de risco; sensibilizar os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; e, ainda, assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Os pais possuem um dos papéis mais exigentes e complexos no seio da família, já que o desempenho do papel parental é determinante para assegurar a sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança (Cardoso et al., 2015; Mercer, 2010; OE, 2015). Neste sentido, é expectável que o EEESIP contribua ativamente para a promoção de competências parentais, em qualquer contacto com a família. No PNSIJ e no Boletim Individual de Saúde (BIS) da criança constam atividades promotoras do desenvolvimento, direcionadas a cada idade chave do programa. Sendo que, o BIS da criança é uma ferramenta de apoio para pais e profissionais, onde se podem registar informações relevantes e ter acesso a outras, como é o caso das atividades promotoras do desenvolvimento. Segundo a enfermeira orientadora, esta ainda não é uma realidade, constatando que o BIS continua a ser uma ferramenta de apoio parental pouco utilizada. Neste sentido, e com a anuência da enfermeira orientadora, propus-me a elaborar dois folhetos: "Pais Informados, Crianças felizes – 1º ano de vida" e "Pais Informados, Crianças felizes – 1-3 anos" (Apêndice V), onde sintetizei vários aspetos a ter em consideração relativamente à estimulação do desenvolvimento infantil. Estes folhetos concorrem para incrementar os níveis de literacia em saúde dos pais, conferindo-lhes o conhecimento para serem agentes ativos na promoção do desenvolvimento dos filhos.

Outra faixa etária particularmente desafiante, especialmente para mim que cuido de RN, é a adolescência. Segundo a OMS, esta está compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade e consiste numa etapa da vida caracterizada por um rápido crescimento, desenvolvimento de conhecimentos e de competências socio emocionais, e aquisição de atributos e habilidades importantes para a transição para a vida adulta (WHO, 2020). A adolescência é também caracterizada pelo desenvolvimento de uma progressiva autonomia e pela construção de uma identidade pessoal e de grupo (Duffy, 2024). Por estes motivos, consiste numa fase que encerra em si um grande potencial, oferecendo múltiplas oportunidades de promoção da saúde e prevenção de doenças (WHO, 2020). Por outro lado, é também uma etapa que envolve grandes questionamentos e necessidade de experimentação, colocando os adolescentes numa posição privilegiada para adoção de comportamentos de risco (Duffy, 2024; WHO, 2020). Neste âmbito,

importa considerar e mobilizar, quando oportuno, documentos como o Referencial de Educação para a Saúde (DGS, 2017) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), constituindo ferramentas que são aportes importantes à intervenção no sentido do desenvolvimento de competências da criança e jovem, protetoras da adoção de comportamentos de risco, promovendo a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde e maximizando o seu potencial de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Ao longo do estágio foi possível realizar várias consultas a adolescentes, tendo representado situações desafiantes e promotoras da reflexão sobre aspetos tão particulares desta faixa etária, como os acima mencionados. Pela riqueza do conteúdo, este foi sintetizado e espelhado no planeamento de uma consulta, que se apresenta em apêndice (Apêndice VI).

Enquanto profissional que sempre trabalhou em contexto hospitalar, este estágio revelou-se particularmente atrativo, pelo potencial de aprendizagens, pela relação próxima com a comunidade, pela intervenção com as famílias, fora do contexto de doença aguda, e pela consciência da diferença que pode fazer a intervenção do EEESIP nos CSP.

4.2.3. Internamento de Pediatria

A infância caracteriza-se pela sua imprevisibilidade e versatilidade, sendo as necessidades de cada criança únicas em todas as esferas da sua existência, nomeadamente no que concerne à sua saúde. Nesta linha de pensamento, os serviços de saúde devem ser capazes de responder às necessidades de cuidados das crianças e suas famílias, sejam estas de caráter preventivo, curativo e/ou paliativo, o que requer a existência de diversos serviços pediátricos com diferentes objetivos.

No serviço de Pediatria em questão, além da enfermaria, existe ainda uma sala de cuidados intermédios onde são admitidas crianças e jovens que necessitam de uma maior vigilância do seu estado clínico, pelo que é aplicada a escala Pediatric Early Warning System Score (PEWS), de 2 em 2 horas, com o objetivo de monitorizar o agravamento do estado clínico da criança ou do jovem, sendo que este pode manifestar-se através de diferentes sinais e sintomas, que traduzem instabilidade fisiológica (Miranda et al., 2016). A identificação precoce destes sinais e a intervenção atempada perante os mesmos pode permitir evitar a degradação da condição clínica da criança ou do jovem, possibilitando

uma melhor gestão de recursos humanos e financeiros na área da saúde, bem como a prevenção de complicações e sequelas para a criança ou jovem e família (Miranda et al., 2016). Nos turnos realizados nesta sala foi possível reconhecer situações de instabilidade das funções vitais (Regulamento n.º 422/2018, 2018), nomeadamente agravamento da condição clínica da criança ou jovem e prestar cuidados de enfermagem em conformidade, no sentido da sua estabilização e referenciação para observação por médico de urgência interna.

Apesar de constituir um contacto circunstancial do enfermeiro com a criança, o jovem e sua família, o internamento pode representar uma oportunidade única e valiosa para a observação da dinâmica familiar, identificação de necessidades em saúde e deteção de situações de risco ou que careçam de encaminhamento para outras especialidades. Assim, a intencionalidade subjacente à observação tem potencial para enriquecer a prestação de cuidados, na medida em que estes transcendem a resposta a uma condição aguda de saúde, permitindo intervir na promoção da saúde e desenvolvimento harmonioso da criança e jovem, no seio da sua família, maximizando assim os efeitos benéficos da hospitalização (OE, 2010).

Os enfermeiros, como um dos parceiros no cuidado, são desafiados a integrar as preferências da família e da criança, a fim de minimizar os efeitos negativos da hospitalização, proporcionar conforto e apoio nesta situação de especial vulnerabilidade e garantir o planeamento e a preparação adequada da alta (Fox, 2024). A evidência é clara relativamente à existência de fatores de stress associados à hospitalização da criança, nomeadamente a separação dos pais e outras pessoas significativas, o medo do desconhecido, da lesão corporal e da morte, e a perda de controlo e autonomia (Fox, 2024). Sendo que, as manifestações de stress da criança ou do jovem podem ser muito díspares, dependendo da idade, do temperamento, da existência de experiências prévias de doença e internamento, e das reações dos pais, tendo estas o potencial para amenizar ou favorecer a sensação de perigo percecionada pelos mesmos.

No serviço de Pediatria onde realizei estágio estão protocolados diversos procedimentos que minimizam os stressores associados à hospitalização, nomeadamente o acolhimento às crianças e pais, sendo que aquando da admissão no serviço são apresentadas as salas disponíveis e suas funções, bem como as regras e rotinas do serviço, transmitindo alguma familiaridade e previsibilidade em relação ao

espaço e à sua utilização. Por outro lado, os pais são incentivados a permanecer junto da criança ou jovem ao longo do internamento, sendo disponibilizadas condições que o promovem, designadamente a hipótese dos pais repousarem junto dos filhos, o direito às refeições, junto dos filhos quando necessário para garantir o seu bem-estar, e a existência de instalações sanitárias destinadas ao uso exclusivo dos pais. Este dispêndio de tempo inicial, por parte do enfermeiro, pode determinar a sensação de segurança e controlo da criança e dos pais, influenciando toda a vivência do internamento.

Outro aspeto relevante e determinante para o estabelecimento de uma relação de confiança, onde seja possível codesenvolver intervenções eficazes no tratamento da doença aguda e promoção do desenvolvimento e saúde da criança, prende-se com a partilha e discussão da informação entre profissionais de saúde, criança, jovem e família. Caminhando no sentido de reconhecer que a saúde é co-construída, dependendo a sua manutenção dos conhecimentos e competências dos pais, crianças e jovens, funcionando os profissionais como facilitadores do acesso ao conhecimento e do treino das competências necessárias à identificação e resposta às necessidades dos filhos ou próprias, no caso de, pela sua idade e desenvolvimento, já terem essa capacidade. Esta conduta caracteriza um profissional competente, capaz de gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinserção social da criança/jovem, promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil, através de uma comunicação com a criança e família adequada ao estádio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A prestação de cuidados à criança, jovem e sua família constituiu a atividade major e mais rica deste estágio, na medida em que foi no contacto com as pessoas, identificando as suas necessidades e especificidades, que surgiram as minhas próprias aprendizagens, sendo estas a matéria-prima para o desenvolvimento e consolidação de competências. A observação intencional, da criança, do jovem e da dinâmica das suas relações com os pais constituíram recursos valiosos no estabelecimento da comunicação, na identificação de necessidades e interesses, contribuindo para a discussão de aspetos relacionados com a parentalidade e promoção da saúde.

Neste sentido, foi possível desenvolver atividades que deram aportes à consecução do objetivo – **Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no**

regresso a casa do RN hospitalizado. Constatei com a enfermeira orientadora que o cuidado ao RN e família representava uma fragilidade na equipa de enfermagem, sentindo-se a mesma menos preparada para dar resposta às suas necessidades, especialmente os elementos mais novos. Nas duas situações de internamento de RN que experienciei ao longo deste estágio, propus-me a acompanhar estes mesmos elementos no contacto com a família, tendo sido possível realizar e validar ensinos aos pais acerca da amamentação, satisfação das necessidades nutricionais do RN e avaliação da mesma, sensibilizar para a vigilância de saúde após a alta hospitalar, promovendo a continuidade de cuidados, e ainda promover a vinculação, através da descodificação das respostas e comportamentos do RN, permitindo aos pais serem responsivos às mesmas. Apesar dos motivos de internamento não se relacionarem com os aspetos atrás referidos, o internamento constituiu uma oportunidade indispensável para apoiar os pais, através de ensinos, validação e reforço positivo, no sentido de potenciar o desenvolvimento das competências parentais, com consequente melhoria da confiança, satisfação e mestria no desempenho do papel. Estas atividades evidenciam competências de EE, como Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, e Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019), de EEESIP, Promove o crescimento e desenvolvimento infantil, Promove a vinculação de forma sistemática (...) e Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...) (Regulamento n.º 422/2018, 2018), e concomitantemente de Mestre – Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas (...) (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

No âmbito da promoção da saúde, foi ainda apurado junto da enfermeira orientadora a existência de um grupo de trabalho que elabora sessões dirigidas aos pais acerca de várias temáticas, com o objetivo de aumentar os níveis de literacia em saúde. Pelo facto de o estágio ter decorrido numa época em que se inicia uma elevada afluência devido a infeções respiratórias e este ser ainda um tema que não estava trabalhado pelo grupo, desenvolvi uma sessão (Apêndice VII) acerca das infeções respiratórias nas crianças e os cuidados a ter, com recurso a vídeos exemplificativos da lavagem nasal nas várias idades, bem como imagens ilustrativas dos vários tipos de sinais de dificuldade respiratória. Tendo sido a informação sintetizada num folheto informativo posteriormente disponibilizado aos pais (Apêndice VIII). A sessão foi realizada no serviço,

com a presença de 3 pais, que intervieram durante a mesma, expondo dúvidas e dando contributos, no final avaliaram o seu conteúdo e pertinência como muito importante. Os pais que não conseguiram estar presentes, por motivos relacionados com a prestação de cuidados aos filhos, foi-lhes entregue individualmente o folheto informativo e dado espaço para a discussão da temática e esclarecimento de dúvidas. Esta atividade evidencia competências na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como na prevenção de situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Grande parte da população que recorre ao hospital em questão apresenta baixos níveis de literacia em saúde, o que implica que não reconheçam como problemas os aspetos identificados pelos profissionais, facto que constituiu um estímulo à adaptação da minha comunicação. A comunicação constitui um elemento-chave na vivência do internamento, na medida em que é através desta, seja verbal ou não verbal, que as crianças, os jovens e os pais se sentem acolhidos e ouvidos. Apesar de essencial, representa um desafio, pela perícia e adaptação que exige, tendo em conta a idade, estádio de desenvolvimento, preferências, particularidades culturais, entre outros.

Por outro lado, a comunicação com a criança também pode ser desafiante, exigindo o recurso a várias estratégias, como a distração, a utilização dos pais como mediadores, a utilização do brinquedo e da brincadeira, entre outros (Fox, 2024; OE, 2013; Scott, 2024). O brincar, a par da sua importância na comunicação, pode funcionar como estratégia terapêutica, permitindo à criança afastar momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletir sobre a situação e criar estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação (Fox, 2024; OE, 2010).

A ideia de que as crianças podem e devem brincar no internamento é ainda um tabu, sendo que muitos pais consideram que as crianças devem estar em silêncio e sossegadas, e que no hospital não se brinca. No entanto, o reconhecimento da importância do brincar está salvaguardado na Declaração dos Direitos da Criança, no seu 7º princípio (UNICEF, 1989), e, já desde 1977, que a Associação Internacional Para o Direito a Brincar defende que a criança tem direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar (OE, 2013). A brincadeira lúdica é uma estratégia de comunicação terapêutica, composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informação, em linguagem

adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança e do jovem, permitindo reduzir os níveis de ansiedade e medo associados ao internamento e procedimentos (Gjærde et al., 2021; Miranda et al., 2010; OE, 2013). Sendo que, possibilita à criança expressar os seus medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de libertar emoções, tensões e frustrações, aumentando a sua sensação de controlo perante situações que a assustam. Por outro lado, brincar também promove a espontaneidade, a diversão, a satisfação e a autoestima da criança, facilitando a interação com os profissionais de saúde (Gjærde et al., 2021; OE, 2013).

Assim, num contexto de internamento, o enfermeiro desafia-se a minimizar os stressores associados ao mesmo, ampliando e maximizando os potenciais benefícios, como a oportunidade de as crianças desenvolverem estratégias de coping eficazes e confiança na sua capacidade de lidar com diferentes situações, e ainda novas experiências de socialização que possam alargar as suas relações interpessoais (Fox, 2024). Para os pais também pode haver inúmeros aspetos positivos, nomeadamente a aquisição e/ou consolidação de competências, essenciais à resposta a habituais ou novas necessidades da criança e do jovem, e a identificação por parte dos profissionais de situações de risco, que após encaminhadas poderão ser mais facilmente acompanhadas e/ou solucionadas (OE, 2010). Os potenciais benefícios da hospitalização da criança/jovem estão altamente dependentes da competência dos profissionais de saúde que assistem as famílias nesse contexto, incrementando a responsabilidade do EEESIP no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

4.2.4. Serviço de Urgência Pediátrica

Os SUP são essenciais na resposta à necessidade de cuidados de saúde imediatos às crianças e aos jovens. No entanto, o recurso aos mesmos pode constituir uma experiência traumática para a família, pois tem associado o início repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão, agravado pela exposição a um ambiente estranho e assustador, onde estão presentes todos os stressores atrás referidos, relacionados com a hospitalização. A par destas contingências, a gravidade e urgência que motiva a ida ao SUP pode não deixar tempo para explicações ou preparação da criança e do jovem para

o que irá acontecer, diminuindo a previsibilidade e agravando a perda de controlo sentida pelos mesmos (Fox, 2024).

A triagem constitui a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança, o jovem e com os seus pais e tem como objetivo estabelecer uma hierarquia de atendimento segura e eficaz, não em função do diagnóstico, mas sim do prognóstico, priorizando os casos mais urgentes e otimizando o tempo e os recursos utilizados (Costa et al., 2022; Magalhães-Barbosa et al., 2017; Souza, 2016). Nos SUP Portugueses é utilizado o Sistema de Triagem Manchester, no qual o processo de triagem é estruturado através de fluxogramas que permitem apurar a prioridade clínica e, consequentemente a definição do tempo recomendado até à observação médica (Costa et al., 2022; Grupo Português de Triagem, s.d.).

Segundo Magalhães-Barbosa et al. (2017), a triagem pediátrica constitui uma tarefa complexa, envolvendo inúmeros desafios relacionados com a capacidade de comunicação da criança e dos pais, a variabilidade de fatores dentro de cada faixa etária, como parâmetros fisiológicos, epidemiologia e inconstância dos sinais clínicos associados a cada doença, entre outros. No seguimento desta ideia, o Grupo Português de Triagem (s.d.) reconhece que o processo de tomada de decisão na triagem mobiliza capacidades de interpretação, discriminação e avaliação, exigindo raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição, exigindo aos enfermeiros que desenvolvam e mobilizem múltiplas competências neste contexto de intervenção (Costa et al., 2022). Sendo a triagem um momento breve e dinâmico, as habilidades de comunicação terapêutica do enfermeiro triador são também colocadas à prova (Diogo et al., 2016; Souza, 2016). A minha experiência, durante este estágio, em contexto de triagem corrobora o supracitado, na medida em que percecionei os contactos como muito breves, sentindo a responsabilidade de obter toda a informação útil para a avaliação da situação num curto espaço de tempo e, simultaneamente, acolher a família, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações. No sentido de aprimorar a minha resposta neste contexto específico, explorei no sistema informático os algoritmos existentes, bem como os discriminadores associados aos mesmos, por forma a conseguir um contacto mais fluído com as famílias naquele momento, para este

efeito também contribuíram os conhecimentos teóricos acerca das doenças comuns da infância, bem como a capacidade de reconhecer sinais de instabilidade das funções vitais.

Além da sala de triagem, o SUP, dispõe de uma sala de tratamentos e SO, onde está situada também a sala de reanimação. Na sala de tratamentos imperam aspetos anteriormente refletidos, como a mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e controlo da dor, nomeadamente a utilização do brincar, distração, humor, entre outros, a inclusão da criança/jovem na gestão da situação, bem como a relação de parceria com a família, a fim de conseguir realizar os procedimentos necessários e estabilizar a condição da criança, não descurando a humanização e centralidade dos cuidados na família.

Neste estágio foi possível constatar que muitos pais se dirigem com os filhos ao SUP com situações sem gravidade, que deveriam motivar o contacto com os CSP. Segundo Souza (2016), a excessiva afluência dos clientes aos serviços de urgência é uma realidade, transformando-os numa das áreas do SNS sob maior pressão, impactando negativamente a qualidade das respostas às necessidades em cuidados de saúde da população. A convicção de que o hospital é o recurso ideal no que concerne ao acesso a serviços de saúde é obsoleta, mas ainda partilhada por grande parte da população, o que conduz a uma procura desnecessária do setor hospitalar e consequentemente à sua hipertrofia, com um consumo despropositado de recursos em saúde. Fox (2024), aponta como fator potenciador deste fenómeno o facto de ambos os responsáveis parentais trabalharem durante o horário de funcionamento dos CSP, optando por recorrer com os filhos ao SUP fora do seu horário laboral. Em Portugal têm sido tomadas diversas medidas no sentido de diminuir o fenómeno, otimizando as respostas às necessidades das pessoas, nomeadamente através da criação da linha telefónica SNS 24, a existência de unidades de CSP com horário mais alargado e funcionamento aos fins de semana, entre outros. No entanto estas medidas mostram-se insuficientes, havendo uma elevada afluência de crianças e jovens ao SUP, com condições não urgentes.

Esta constatação e reflexão impeliu-me ao planeamento de uma atividade em contexto comunitário, designadamente a projeção de uma sessão a dinamizar numa creche, na mesma área geográfica do hospital em questão, destinada aos pais. À semelhança da atividade desenvolvida no contexto de Internamento de Pediatria, pelo contexto epidemiológico atual, o tema da sessão está relacionado com as infeções

respiratórias, cuidados a ter, medidas preventivas, sinais de alarme e motivos para recorrer ao SUP (Apêndice IX). Neste sentido, foi realizado o contacto com a Diretora da escola em questão, que valorizou a iniciativa e me desafiou a ampliar a atividade para as quatro escolas do agrupamento e, no futuro dinamizar um podcast relacionado com várias temáticas da saúde infantil e pediátrica, acedi à sugestão, ficando a aguardar o seu contacto. Por constrangimentos na disponibilidade da Diretora da escola, não foi possível realizar a sessão em contexto de estágio, no entanto esta ficou projetada e irá ser realizada num futuro próximo. Esta iniciativa gerou ainda uma cooperação, que irá brevemente representar benefícios para as famílias através do acesso facilitado a informação baseada em evidência científica, potenciadora de incrementar níveis de literacia em saúde e competências parentais, permitindo otimizar os comportamentos e respostas às necessidades dos filhos. Estas atividades evidenciam competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e Gestão de Cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e, por outro lado, evidenciam a capacidade de saber aplicar os conhecimentos e de compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Tal como no estágio de Internamento de Pediatria, no SUP, nomeadamente na SO, apoiei os elementos mais novos no cuidado ao RN, nomeadamente na realização de procedimentos (gasimetria, punção venosa, entubação nasogástrica), na otimização das medidas de conforto e na negociação e parceira de cuidados com os pais. Relato uma situação exemplificativa relacionada com um lactente de 2 meses, previamente alimentado por amamentação exclusiva, e que agora, em contexto de bronquiolite com sinais de dificuldade respiratória agravados aquando da alimentação, tem indicação para entubação nasogástrica, a fim de garantir a administração de leite e controlar o aporte hídrico. Percecionei alguma ansiedade da colega para realizar o procedimento da entubação e simultaneamente a angústia e tristeza da mãe. Disponibilizei-me para ir com a colega e colaborar no procedimento, à chegada expliquei à mãe o que iria acontecer e porquê e disse-lhe que após o procedimento poderia confortar o bebé no seu colo, durante a administração do leite, a mãe chorou, mas compreendeu e assentiu. Durante a entubação promovi a sucção não nutritiva na chucha e administrei sacarose a 24%, tendo o procedimento decorrido tranquilamente. Após o procedimento colocámos o lactente ao colo da mãe e a minha colega iniciou a administração do leite por sonda, mas

o bebé encontrava-se com sinais evidentes de fome e irritabilidade associada aos mesmos, pelo que aspirei uma seringa de 5mL de leite e dei à mãe para que pudesse ir administrando oralmente. A colega agradeceu-me a colaboração e a mãe agradeceu a estratégia para confortar o bebé. Este tipo de interações revela grande riqueza, na medida em que a minha presença naquela situação, permitiu que fossem prestados cuidados de qualidade, humanizados, minimizadores da dor e do trauma, evidenciando o benefício da partilha e contribuindo para a melhoria das práticas.

A prestação de CCF é imprescindível para melhorar a experiência das famílias que recorrem aos SUP, no entanto ainda está longe de ser uma realidade. Byczkowski et al. (2016) identificaram as dimensões que são importantes para os pais num SUP, estas incluem apoio, coordenação, respeito pelas preferências, cuidado oportuno e atencioso, informação e comunicação, controlo da dor, ambiente respeitador das necessidades da criança, continuidade e transição de cuidados (Byczkowski et al., 2016; Rosenthal et al., 2023). Neste estágio percecionei algum descuido relativamente a várias destas necessidades, nomeadamente o apoio, comunicação e informação. Tal pode estar associado à fadiga e elevada carga de trabalho percecionada pelos profissionais, bem como à inexperiência de parte da equipa, no entanto tendo em conta o impacto que esta conduta assume na vivência das famílias, que estão especialmente vulneráveis, esta perceção motivou momentos de discussão com os colegas, no sentido de os sensibilizar para a importância destes aspetos.

4.2.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As especificidades deste contexto foram largamente exploradas no capítulo do Enquadramento Teórico-Conceptual, evidenciando a transição para a parentalidade como um dos maiores desafios da vida adulta, complexificado pela vivência da mesma no contexto da UCIN. Este constitui um momento de elevada vulnerabilidade para a família, sendo que a forma como o vivenciam pode impactar de forma prolongada as vidas de todos os envolvidos. Esta consciência exponencia a responsabilidade assumida pelo enfermeiro ao acompanhar e cuidar destas famílias, realçando a importância da promoção da vinculação, reconhecimento de situações da instabilidade das funções vitais, bem como da implementação e gestão, em parceria de um plano de saúde promotor da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O nascimento de um filho prematuro ou gravemente doente constitui um fenómeno impregnado de ameaças à esperança, na medida em que os pais se confrontam com uma situação inesperada e desconcertante. Amendolia (2010), defende que a esperança pode representar um fator facilitador na vivência desta transição, demonstrado pelo desenvolvimento de estratégias de coping eficazes, a diminuição da incerteza, melhores níveis de saúde, QV e paz. Neste sentido, é essencial que os enfermeiros reconheçam a sua intervenção e impacto neste domínio, na medida em que a esperança (re)constrói-se e alimenta-se na relação, nomeadamente na relação pais-RN e na relação pais-enfermeiro, sendo crucial investir e nutrir as relações através da promoção da vinculação de forma sistemática e da construção de uma relação de parceria com os pais, baseada na filosofia de CCF. Ainda neste âmbito, ao longo do estágio realizei cartões comemorativos dos meses de vida dos lactentes (Apêndice X) e diários do RN (Apêndice XI), sendo que estes constituem canais de comunicação com os pais, permitindo a criação de memórias, promovendo a vinculação e a aceitação cognitiva e emocional da situação. Disponibilizei-me ainda para fazer a edição de um pequeno livro (Apêndice XII) e uma apresentação (Apêndice XIII) alusivos à Prematuridade, que são passíveis de funcionar como recurso à integração dos pais nesta realidade, tendo sido divulgado e oferecido aquando das comemorações do Dia Mundial da Prematuridade.

A par destas atividades, na prestação de cuidados diretos ao RN e família, são realizadas inúmeras intervenções que contribuem para a promoção da vinculação e integração dos pais nos cuidados ao RN, designadamente a promoção do método canguru, a capacitação dos pais para interpretarem o comportamento e sinais do RN, maximizando a sua participação na aplicação de medidas de conforto e cuidados, reconhecendo a seu conhecimento único sobre o RN e identificando-os como os principais cuidadores, entre outros. Atividades que contribuíram para a consecução do objetivo – **Prestar cuidados centrados na família, em parceria, com vista ao desenvolvimento de competências parentais, que facilitem a transição no regresso a casa do RN hospitalizado**.

Neste contexto específico foram ainda delineadas e desenvolvidas atividades que procuraram responder ao objetivo – **Elaborar uma proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem para uma transição no regresso a casa do RN hospitalizado**. Este objetivo foi delineado em consonância com

um problema identificado na prática, nomeadamente a hospitalização do RN como fator inibidor da mestria na transição para a parentalidade e no regresso a casa, constatando que as práticas atuais não dão ainda resposta integral à satisfação desta necessidade, com elevadas repercussões para o RN e sua família. Neste sentido, foi criado e divulgado um formulário para avaliar a perceção da equipa de enfermagem e médica relativamente ao processo de preparação do regresso a casa dos RN e famílias internados na UCIN, tendo sido recolhidos e organizados os resultados (Apêndice XIV), para posterior confronto dos mesmos com a evidência científica sobre a temática.

Com o intuito de suportar a consecução do projeto de melhoria contínua (Apêndice XV), foi projetado o mapeamento da evidência científica acerca das intervenções facilitadoras da transição do recém-nascido e família da neonatologia para casa, através de um Protocolo de Revisão *Scoping* (Apêndice XVI).

As atividades supra identificadas demonstram a preocupação em basear a praxis clínica especializada em evidência científica, bem como desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019, 2019), evidenciando ainda uma atitude profissional que permite e constitui a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em contexto de investigação e comprova a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções (...) (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). No foro dos cuidados especializados à criança, jovem e família, as atividades apresentadas denotam preocupação e investimento na promoção do desenvolvimento e crescimento infantil, da vinculação e da adaptação à doença (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Considerações Finais

O percurso académico desenvolvido teve início na formulação do Projeto de Estágio, que se concretizou e foi enriquecido pelas experiências, aprendizagens, interações, reflexões e atividades concretizadas nos diferentes contextos de estágio, culminando no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão dos cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

A formação especializada emerge como resposta na procura pela excelência do cuidado de enfermagem, exigindo aos profissionais uma reconstrução de si, através do investimento na aprendizagem aplicada a problemas identificados no contexto da prestação de cuidados e mediada por uma prática reflexiva (Sapeta, 2013). Atualmente, o conhecimento é concebido como uma entidade dinâmica, personalizada, contextualizada e socialmente construída, entendendo-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber, sustentada na melhor evidência científica e, simultaneamente, aplicada às necessidades reais e interativas dos contextos (Alarcão & Rua, 2005). O desenvolvimento de competências está intimamente relacionado com um sistemático processo de aprendizagens, que decorre na progressão da experiência e é nutrido pelos recursos incorporados pelo profissional. Neste sentido, a formação contínua e especializada, com vista ao desenvolvimento profissional, mostra-se determinante, incitando à integração da consciência acerca da natureza dos cuidados de enfermagem na respetiva área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017). Espera-se do EEESIP uma prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança, do jovem e sua família, procurando assisti-los nos processos de transição vivenciados.

Ao longo deste curso de mestrado considero ter atingido os objetivos delineados, contribuindo esta formação para ampliar o domínio das minhas competências, numa lógica integradora de saberes relacionados com as diferentes dimensões e contextos do exercício profissional nesta área de especialidade, englobando outras fases do ciclo de vida da idade pediátrica, às quais se associam outros desafios e necessidades em saúde. A conclusão deste percurso renova a consciência de que o estatuto de profissional

competente não é um estado, mas sim um processo em contínua construção (Sapeta, 2013), da responsabilidade e investimento do próprio profissional numa atitude proativa e construtiva de si. Pelo que, perspetivo manter uma conduta profissional reflexiva, investigativa e sensível, investindo na procura e produção de evidência científica que amplie o corpo de conhecimento da enfermagem, com reflexo na disseminação e consecução de cuidados de excelência, que se traduzam em reais benefícios para as pessoas, concretamente para as crianças, os jovens e as famílias.

Este percurso académico constituiu uma janela de oportunidade para investir na facilitação da transição do RN e família, da UCIN para casa, pois este processo está associado à inconsistência das práticas e omissões frequentes associadas à priorização de cuidados, com repercussões negativas no conforto e segurança dos pais no momento de levar os RN para casa. Segundo a evidência científica, a estruturação de programas de preparação da transição da UCIN para casa, com base em diretrizes e políticas institucionais, pode ajudar a padronizar este cuidado (Smith, 2021; Weiss et al., 2017). Sendo que, a preparação para a transição envolve um esforço multidisciplinar, exigindo o ensino, instrução e treino dos cuidados ao RN, bem como o desenvolvimento de competências para cuidar, a promoção da tomada de decisão informada e a construção de confiança na gestão das necessidades de cuidado em casa, após a alta (Franck et al., 2023; Galeano & Maya, 2023; Hua et al., 2023; Weiss et al., 2017).

Assim, os projetos futuros incluem dar continuidade aos projetos atualmente em curso, nomeadamente a conclusão da Revisão *Scoping* e a sua publicação num artigo científico, bem como o início da implementação do Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem. Em consequência da implementação deste projeto, perspetiva-se realizar um estudo de investigação, por forma a avaliar a efetividade das modificações realizadas no grau de prontidão para a alta percecionado pelos pais dos RN hospitalizados na UCIN. O objetivo destes projetos é disseminar os seus resultados, aspirando o reconhecimento da sua importância nos cuidados aos RN na UCIN e na investigação em Enfermagem. Na UCIN onde desempenho a minha atividade profissional, é pretensão criar um Grupo de Trabalho Multidisciplinar neste domínio específico da preparação da transição da UCIN para casa, numa lógica integradora da saúde, contribuindo para incrementar os níveis de literacia das famílias e contribuído para a sua funcionalidade, bem-estar e QV.

Referências Bibliográficas

Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2022). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(5–6), 532–547. https://doi.org/10.1111/jocn.15972

Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. (2016a). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, *22*(1), 27–51. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006

Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. (2016b). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, *22*(1), 27–51. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto e Contexto Enfermagem*, *14*(3), 373–382.

Albanese, A., Russo, G., & Geller, P. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development*, *45*(3), 333–363. https://doi.org/10.1111/cch.12661

Aligood, M. R. (2022). Introduction to Nursing Theory: Its History and Significance. In *Nursing Theorists and their work* (10th Ed., pp. 2–10). Elsevier.

Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J., & Deierl, A. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, *24*(1), 55–60. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013

Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *16*(4), 230–244. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030

Altimier, L., & Phillips, R. (2018). Neuroprotective Care of Extremely Preterm Infants in the First 72 Hours After Birth. In *Critical Care Nursing Clinics of North America* (Vol. 30, Issue 4, pp. 563–583). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.010

Amendolia, B. (2010). Hope and Parents of the Critically Ill Newborn: A concept Analysis. *Advances in Neonatal Care*, *10*(3), 140–144. https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dee83b

Aydon, L., Hauck, Y., Murdoch, J., Siu, D., & Sharp, M. (2018). Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(1–2), 269–277. https://doi.org/10.1111/jocn.13883

Balasundaram, M. (2023). FCC TASKFORCE NEWSLETTER. *Neonatology Today*, *18*(5), 253–258. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=164141735&lang=pt-pt&site=ehost-live

Balasundaram, M., Porter, M., Miller, S., Sivakumar, D., Fleming, A., & McCallie, K. (2022). Increasing Parent Satisfaction With Discharge Planning: An Improvement Project Using Technology in a Level 3 NICU. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, *22*(2), 108–118. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000841

Branquinho, J. (2013). *CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS EM PORTUGAL: Construção de Consenso entre Neonatologistas recorrendo à metodologia Delphi*.

Brenner, M., Kidston, C., Hilliard, C., Coyne, I., Eustace-Cook, J., Doyle, C., Begley, T., & Barrett, M. (2018). Children's complex care needs: a systematic concept analysis of multidisciplinary language. *European Journal of Pediatrics*, *177*(11), 1641–1652. https://doi.org/10.1007/s00431-018-3216-9

Byczkowski, T., Gillespie, G., Kennebeck, S., Fitzgerald, M., Downing, K., & Alessandrini, E. (2016). Family-Centered Pediatric Emergency Care: A Framework for Measuring What Parents Want and Value. *Academic Pediatrics*, *16*(4), 327–335. https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.08.011

Cardoso, A., Silva, A. P. e, & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Referência - Revista de Enfermagem*, *4*(4), 11–20. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974001

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (n.d.). *CPCJ - O que são*. https://www.cnpdpcj.gov.pt/o-que-sao

Costa, F. A. D. da, Torres, R. S., & Sousa, C. dos P. F. de. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI*(1). https://doi.org/10.12707/ RV2102

Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant Journal*, *13*(5), 176–179.

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018*. *I Série*(N.º 157 de 16-08-2018).

Dias, M. O. (2000). A Família numa Sociedade em Mudança Problemas e Influências Recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, *9*, 81–102. https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2000.8

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, *20*(2), 26–47.

Direção Geral-Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Direção-Geral da Educação & Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*.

Dorigon, T. C., & Romanowski, J. (2012). A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes*, *3*(5), 8–22.

Duffy, E. (2024). Health Promotion of the Adolescent and Family. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 510–537). Elsevier.

Escobar, C., Silva, M., & Marques, S. (2019). Controlo da dor em Pediatria: a Experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio em Pediatria. *Cadernos de Saúde*, *11*(1), 36–41. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5304

European Association for Children in Hospital. (2004). *Carta da Criança Hospitalizada*.

European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Infant & family-centered development care*.

European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2022). *European foundation for the care of newborn: Infants Follow-up & continuing care*.

Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, *XVI*(3), 84–87.

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, *15*, 1–38.

Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 183–196. https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010

Fonseca, A., & Santos, L. (2006). *A Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde*.

Forkey, H., Szilagyi, M., Kelly, E. T., Duffee, J., Springer, S. H., Szilagyi, M., Forkey, H., Fortin, K., Greiner, M. B. V., Ochs, T. J., Partap, A. N., Sagor, L. D., Shropshire, D. L., Thackeray, J. D., Waite, D., & Zetley, L. W. (2021). Trauma-informed care. *Pediatrics*, *148*(2). https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580

Fox, J. (2024). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 648–667). Elsevier.

Franck, L. S., Kriz, R. M., Bisgaard, R., Gay, C. L., Sossaman, S., Sossaman, J., Cormier, D. M., Joe, P., Sasinski, J. K., Kim, J. H., Lin, C., & Sun, Y. (2023). Parent Readiness for Their Preterm Infant's Neonatal Intensive Care Unit Discharge. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *37*(1), 68–76. https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000612

Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Galeano, S. P. O., & Maya, Á. M. S. (2023). Preparing Parents for Discharge from the Neonatal Unit, the Transition, and Care of Their Preterm Children at Home. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, *41*(1). https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04

Gjærde, L. K., Hybschmann, J., Dybdal, D., Topperzer, M. K., Schrøder, M. A., Gibson, J. L., Ramchandani, P., Ginsberg, E. I., Ottesen, B., Frandsen, T. L., & Sørensen, J. L. (2021).

Play interventions for paediatric patients in hospital: a scoping review. *BMJ Open*, *11*(e051957), 1–11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051957

Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of Pediatric Health Care*, *35*(2), 145–155. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001

Goddard, A., Janicek, E., & Etcher, L. A. (2022). Trauma-informed care for the pediatric nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, *62*, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003

Grupo Português de Triagem. (s.d.). *História do Protocolo da Triagem de Manchester*. Retrieved April 23, 2024, from https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/

Gupta, M., Pursley, D. M., & Smith, V. (2019). Preparing for Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, *143*(6). https://doi.org/10.1542/peds.2018-2915

Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents [pocket guide]* (4.ª Ed). American Academy of Pediatrics.

Hesselgrave, J., & Santucci, G. (2024). Impact of Complex Chronic Illness, Disability, or End-of-Life Care on the Child and Family. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 574–620). Elsevier.

Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (12th ed., pp. 1–13). Elsevier.

Hua, W., Wang, L., Li, C., Simoni, J. M., Yuwen, W., & Jiang, L. (2021). Understanding preparation for preterm infant discharge from parents' and healthcare providers' perspectives: Challenges and opportunities. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(3), 1379–1390. https://doi.org/10.1111/jan.14676

Hua, W., Zhou, J., Wang, L., Li, C., Zheng, Q., Yuwen, W., & Jiang, L. (2023). "It turned my life upside down": Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home—A qualitative study. *Australian Critical Care*, *36*(5), 679–686. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.007

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser [International Council of Nurses]*. https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser

Jordão, K., Pinto, L., Machado, L., & Costa, L. (2016). Possible stressors in a neonatal intensive care unit at a university hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *28*. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160041

Kahya, Y., & Uluc, S. (2021). The Perceived Maternal Parenting Self-Efficay (PMP S-E) Tool: the adaptation study in the context of attachment styles and mood in the first-time mothers. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *34*, 50–63. https://doi.org/DOI: 10.14744/DAJPNS.2021.00120

Kassam-Adams, N., Rzucidlo, S., Campbell, M., Good, G., Bonifacio, E., Slouf, K., Schneider, S., McKenna, C., Hanson, C. A., & Grather, D. (2015). Nurses' Views and Current Practice of Trauma-Informed Pediatric Nursing Care. *Journal of Pediatric Nursing*, *30*(3), 478–484. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.11.008

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La Pensée Infirmière* (Éditions Études Vivantes, Ed.).

Lei n.º 156/2015. (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. *I Serie*(N.º 181 de 16-09-2015). https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&ficha=1

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

Magalhães-Barbosa, M. C., Robaina, J. R., Prata-Barbosa, A., & Lopes, C. D. S. (2017). Validity of triage systems for paediatric emergency care: A systematic review. *Emergency Medicine Journal*, *34*(11), 711–719. https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206058

Maravilha, T., Marcelino, M., & Charepe, Z. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, *34*. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545

Marcellus, L., & Cross, S. (2016). Trauma-informed care in the NICU: Implications for early childhood development. *Neonatal Network*, *35*(6), 359–366. https://doi.org/10.1891/0730-0832.35.6.359

Mardhiyah, A., Panduragan, S., & Mediani, H. (2022). Reducing Psychological Impacts on Children with Chronic Disease via Family Empowerment: A Scoping Review. *Healthcare*, *10*(10). https://doi.org/10.3390/healthcare10102034

Meleis, A. (2010). Role Insufficiency and Role Supplementation: a Conceptual Framework. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 13–24). Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2017). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (Wolters Kluwer Health, Ed.; 6th Ed).

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

Mercer, R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *35*(5), 649–651. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x

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

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

Mills, M. M., Sims, D. C., & Jacob, J. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, *118*(SUPPL. 2). https://doi.org/10.1542/peds.2006-0913I

Miranda, R. L., Begnis, J. G., & Carvalho, A. M. (2010). Brincar e Humanização: Avaliando um Programa de Suporte na Internação Pediátrica. *Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia*, *3*(2), 160–174. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v3n2/v3n2a06.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I* (Vol. 1).

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

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

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (978th-989th-8444th-23rd–3rd ed.).

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.

Orr, E., Ballantyne, M., Gonzalez, A., & Jack, S. M. (2022). Mobilizing Forward: An Interpretive Description of Supporting Successful Neonatal Intensive Care Unit-To-Home Transitions for Adolescent Parents. *Qualitative Health Research*, *32*(5), 831–846. https://doi.org/10.1177/10497323221079785

Panza, C., Volta, A., Broccoli, S., Bonvicini, L., Kendall, S., Marchesi, M., & Giorgi Rossi, P. (2020). Evaluation of an intervention aimed at supporting new parents: The Baby Newsletter project. *Italian Journal of Pediatrics*, *46*(123). https://doi.org/10.1186/s13052-020-00886-5

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (Springer Publishing Company, Ed.).

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação* (Lusociência, Ed.).

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado – revisão

scoping. *Enfermeria Global*, *66*, 609–623. https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.479291

Regulamento n.º 422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. *N.º 133 de 12-07-2018*, 19192–19194. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379

Regulamento n.º 613/2022. (2022). *Regulamento que define o ato do enfermeiro*. *Nº131 de 08-07-2022*, 179–182.

Regulamento n.º140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Nº26 de 06-02-2019*, 4744–4750.

Reynolds, B. (2009). Developing therapeutic one-to-one relationships. In Hodder Arnold (Ed.), *Psychiatric and mental health nursing. The craft of caring* (2nd Ed., pp. 313–320).

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). The perspective of portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. *Texto e Contexto Enfermagem*, *27*(2). https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016

Rosenthal, J., Perez, S., & Young, H. (2023). Contextual factors influencing parents' assessments of family-centred care in the paediatric emergency department: A qualitative study. *Nursing Open*, *10*(1), 297–305. https://doi.org/10.1002/nop2.1304

Sanders, M. R., & Hall, S. L. (2018). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness. *Journal of Perinatology*, *38*(1), 3–10. https://doi.org/10.1038/jp.2017.124

Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências : os saberes teóricos e os saberes práticos. *Http://Hdl.Handle.Net/10400.11/3079*, *4*, 4–9.

Schumacher, K., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central Concept in Nursing. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 38–51). Springer Publishing Company.

Scott, K. (2024). Communication and Physical Assessment of the Child and Family. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed., pp. 74–130). Elsevier.

Shin, H., & White-Traut, R. (2010). The conceptual structure of Transition to Motherhood in the Neonatal Intensive Care Unit. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Reserach and Practice* (pp. 104–113). Springer Publishing Company.

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (n.d.). *O que é a Intervenção Precoce na Infância (IPI)*. https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back

Smith, V. (2021). Discharge planning considerations for the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, *106*(4), 442–445. https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318021

Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022a). Gravens By Design: The Importance of NICU Discharge Planning Guidelines and Standards. *Neonatology Today*, *17*(1), 55–57. https://doi.org/10.51362/neonatology.today/20221715557

Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022b). NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology*, *42*, 7–21. https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, *25*(2), 24–28. https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142

Souza, C. C. de. (2016). *Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência* [Tese Doutoramento]. Universidade Federal de Minas Gerais.

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos.

United Nations Children's Fund. (2021). *Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities*. UNICEF. https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/

Walter, L., & Robb, M. (2019). Promoting Discharge Readiness Through Staff Education: A Family-Centered Approach. *Journal for Nurses in Professional Development*, *35*(3), 132–136. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000519

Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R. (2017). Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, *34*, 58–64. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021

World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*.

World Health Organization. (2021). *Cuidados de saúde primários*. https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant.*

World Health Organization. (2023). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*.

World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2023). *Global report on children with developmental disabilities: from the margins to the mainstream*.